

# 藤田医科大学岡崎医療センターファクシミリ検査申込書 FAX 0564-64-8194

(岡崎医療センター記載欄

--	--	--	--	--	--	--	--

/ ( ) :

科

先生 )

## ■患者さんの情報をご記入ください。

申込日: 月 日

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和						
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日		年		月		日
郵便番号		岡崎医療センター診察券番号	( )			<input type="checkbox"/> 不明			
住所									
電話番号		携帯							

※必ず日中に連絡可能な電話番号をご記入ください。

母国語	( ) 語	※日本語が話せない方のみご記載ください。
-----	-------	----------------------

## ■紹介元医療機関 様

医療機関名	
所在地	
担当医名	
電話番号	
FAX番号	

## ■ご希望の検査に✓を入れ、2枚目の問診票もご記入ください。

### ◆放射線検査

CT検査(単純CT) 部位(  頭部、 頸部、 胸部、 脊椎、 上腹部、 下腹部、 骨盤、 上肢、 下肢)

※原則、一部位の検査になります。胸部～骨盤部の検査については、ご相談ください。

※事前に診療情報提供書が必要となります。

MRI検査(単純MRI) 部位(  頭部、 頸椎、 腰椎)

※事前に診療情報提供書が必要となります。

受診希望日	<input type="checkbox"/> 希望日あり <input type="checkbox"/> いつでもよい	
	1. 20__年__月__日 ( )	4. 20__年__月__日 ( )
	2. 20__年__月__日 ( )	5. 20__年__月__日 ( )
	3. 20__年__月__日 ( )	

※上記のご希望日にそえない場合の日程調整は、岡崎医療センターが

患者さんで行う  医療機関で行う (いずれかに✓をお願いします。)

貴院に  入院中  通院中 ※入院中での受診になる際には、入院患者連絡票を添付してください。

紹介目的と主訴を簡単にご記載ください。(紹介状は出来上がり次第、FAXにて送信ください。)

## ●お問い合わせ 藤田医科大学岡崎医療センター 医療連携室

予約受付時間 平日 8:45 ~ 19:00 / 土曜 8:45 ~ 12:00

電話番号 0564-64-8200 FAX 0564-64-8194(24時間受付)

予約受付時間外のFAX申込の場合、当院からの回答は翌診療日にいたしますのでご了承ください。

患者氏名ご記入ください。→

	様
--	---

● “CT検査”または”MRI検査”をご希望の場合は、必ず該当する項目を選択してください。

長時間静止	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 不可能
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
妊娠(可能性を含む)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

【”あり””不可能”がある場合には検査をお断りする場合がありますので患者さんにご説明ください。】

● “MRI”検査をご希望の場合は、必ず該当する項目を選択してください。

MRI検査は強力な磁石と電波を使って体の中を撮像するため検査を受けられない事があります。検査を安全に受けていただくために以下の質問に「はい」、「いいえ」のどちらかを選択ください。		
① 心臓のペースメーカー、植え込み除細動器、脳刺激電極を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
② その他、体内に電子機器(※)がありますか。 <small>(※)カプセル内視鏡、人工中耳・内耳、インシュリンポンプ、心電用データレコーダ、リブレ</small>	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
③ 手術や針治療、外傷等により体内に金属(※)が入っていますか。 <small>(※)動脈瘤クリップ、塞栓用コイル、ステント、CVポート、義眼、人工心臓弁、VPシャント、手術時プレート・ボルト・ワイヤ・クリップ、人工骨頭、人工関節、おき針、金属避妊具、事故・けがによる金属破片等</small>	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
④ 取外し可能な入れ歯(磁石を使った物を含む)または歯科矯正をしていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑤ 入れ墨・アイメイクはありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑥ かつら(粉末状の人工毛も含む)を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑦ 2か月以内に胃カメラ・大腸ファイバー検査を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑧ 女性の方へ。現在妊娠している、もしくは妊娠の可能性がありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑨ 現在の身長・体重を教えてください。	(            )cm	(            )kg