

外来検査担当医師御中

紹介元

医療機関名

令和 年 月 日

所在地

TEL

FAX

検査希望日時 月 日 () 時頃

科 医師名 印

フリガナ				明・大・昭・平・令	
患者氏名	生年月日	年 月 日 (歳)	男・女		
住 所	〒	TEL		() -	
紹介目的					
傷 病 名					
来院方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー				

検査予約申込書

3枚複写になっております

独立行政法人 国立病院機構 長崎川棚医療センター 医療相談支援センター

FAX: 0120-82-2970

予約専用

予約受付時間：平日 8:30～17:00

(17:00以降は翌日、土曜日・日曜日・祝日等の受付分は
休み明けの取り扱いになります)

CT・MRIでの造影希望： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 → 有の場合は下の造影検査時の特記事項を記入してください。		フィルム <input type="checkbox"/> CD-ROM <input type="checkbox"/>		
M R I	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭部+MRA <input type="checkbox"/> 頭部MRAのみ <input type="checkbox"/> 頸部MRA <input type="checkbox"/> VSRAD <input type="checkbox"/> 脳幹部 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 後腹膜 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> MRCP 関節： <input type="checkbox"/> 膝(右・左) <input type="checkbox"/> 股(右・左) <input type="checkbox"/> 肩(右・左) <input type="checkbox"/> 肘(右・左) <input type="checkbox"/> 手(右・左) <input type="checkbox"/> 足(右・左) [特記事項：必ず <input type="checkbox"/> にチェックを入れてください] ・脳動脈クリップ： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 → (年前)(材質：) ・心臓ペースメーカーやその他MRI禁忌の体内埋込機器の確認 <input type="checkbox"/> 無(確認がなければ検査は施行できません) ・体内金属 ： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 → (: 年前)(材質) ・手術歴 ： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 → (: 年前) ・刺青やアートメイク ： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ・仰臥位での30分の安静 ： <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可	C T <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 上腹部～骨盤腔 <input type="checkbox"/> CTアンギオ 部位 () <input type="checkbox"/> その他	既往歴 透 析 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 糖尿病 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 緑内障 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 感染症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV 抗凝固剤 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()	
	R I <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 脳血流 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> その他 ()	マンモ グラフィ 病変部は ()		消化管内視鏡 <input type="checkbox"/> 上部 <input type="checkbox"/> 下部
	造影剤使用の既往： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 → 検査種 () 有の場合、副作用歴： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 → () アレルギー歴： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 → () 喘息： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 腎機能障害： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 BUN() Cr()	消化管 透視 <input type="checkbox"/> 下咽頭食道造影 <input type="checkbox"/> 注腸透視 超音波 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 甲状腺エコー <input type="checkbox"/> 頸部血管 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	以下、その後の () の中にくわしく記述してください。 造影剤使用の既往： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 → 検査種 () 有の場合、副作用歴： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 → () アレルギー歴： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 → () 喘息： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 腎機能障害： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 BUN() Cr()	その他		感染症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV 抗凝固剤 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()

診療情報提供書

独立行政法人 国立病院機構
長崎川棚医療センター

NAGASAKI KAWATANA MEDICAL CENTER

外来検査担当医師御中

紹介元

医療機関名

令和 年 月 日

所在地

TEL

FAX

検査希望日時 月 日 () 時頃

科 医師名 印

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	男・女
患者氏名				
住 所	〒	TEL	() -	
紹介目的				
傷 病 名				
来院方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー			
臨床診断 検査の 主眼点				
既往歴 及び 現在の処方	薬物アレルギー→			

CT・MRIでの造影希望： 無・ 有 → 有の場合は下の造影検査時の特記事項を記入してください。 フィルム CD-ROM

M R I	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭部+MRA <input type="checkbox"/> 頭部MRAのみ <input type="checkbox"/> 頸部MRA <input type="checkbox"/> VSRAD <input type="checkbox"/> 脳幹部 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 後腹膜 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> MRCP 関節： <input type="checkbox"/> 膝(右・左) <input type="checkbox"/> 股(右・左) <input type="checkbox"/> 肩(右・左) <input type="checkbox"/> 肘(右・左) <input type="checkbox"/> 手(右・左) <input type="checkbox"/> 足(右・左) [特記事項：必ず <input type="checkbox"/> にチェックを入れてください] ・脳動脈クリップ： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 → (年前)(材質：) ・心臓ペースメーカーやその他MRI禁忌の体内埋込機器の確認 ： <input type="checkbox"/> 無(確認がなければ検査は施行できません) ・体内金属： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 → (: 年前)(材質) ・手術歴： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 → (: 年前) ・刺青やアートメイク： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ・仰臥位での30分の安静： <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可	C T	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 上腹部~骨盤腔 <input type="checkbox"/> CTアンギオ 部位 () <input type="checkbox"/> その他	消化管内視鏡 <input type="checkbox"/> 上部 <input type="checkbox"/> 下部	既往歴 透 析 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 糖尿病 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 緑内障 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	造影検査時の特記事項 以下、その後の () の中にくわしく記述してください。 造影剤使用の既往： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 → 検査種 () 有の場合、副作用歴： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 → () アレルギー歴： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 → () 喘息： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 腎機能障害： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 BUN() Cr()	R I	<input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 脳血流 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> その他 () マンモ グラフィ 病変部は () 消化管 透視 <input type="checkbox"/> 下咽頭食道造影 <input type="checkbox"/> 注腸透視 超音波 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 甲状腺エコー <input type="checkbox"/> 頸部血管 <input type="checkbox"/> その他 () その他		感染症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV 抗凝固剤 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()

診療情報提供書

独立行政法人 国立病院機構
長崎川棚医療センター

NAGASAKI KAWATANA MEDICAL CENTER

外来検査担当医師御中

紹介元

医療機関名

令和 年 月 日

所在地

TEL

FAX

検査希望日時 月 日 () 時頃

科 医師名 印

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	男・女
患者氏名				
住 所	〒	TEL	() -	
紹介目的				
傷 病 名				
来院方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー			
臨床診断 検査の 主眼点				
既往歴 及び 現在の処方	薬物アレルギー→			

CT・MRIでの造影希望： 無・ 有 → 有の場合は下の造影検査時の特記事項を記入してください。 フィルム CD-ROM

M R I	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭部+MRA <input type="checkbox"/> 頭部MRAのみ <input type="checkbox"/> 頸部MRA <input type="checkbox"/> VSRAD <input type="checkbox"/> 脳幹部 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 後腹膜 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> MRCP 関節： <input type="checkbox"/> 膝(右・左) <input type="checkbox"/> 股(右・左) <input type="checkbox"/> 肩(右・左) <input type="checkbox"/> 肘(右・左) <input type="checkbox"/> 手(右・左) <input type="checkbox"/> 足(右・左) [特記事項：必ず <input type="checkbox"/> にチェックを入れてください] ・脳動脈クリップ： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 → (年前)(材質：) ・心臓ペースメーカーやその他MRI禁忌の体内埋込機器の確認 ： <input type="checkbox"/> 無(確認がなければ検査は施行できません) ・体内金属： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 → (: 年前)(材質) ・手術歴： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 → (: 年前) ・刺青やアートメイク： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ・仰臥位での30分の安静： <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可	C T	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 上腹部~骨盤腔 <input type="checkbox"/> CTアンギオ 部位 () <input type="checkbox"/> その他	消化管内視鏡 <input type="checkbox"/> 上部 <input type="checkbox"/> 下部	既往歴 透 析 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 糖尿病 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 緑内障 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	造影検査時の特記事項 以下、その後の () の中にくわしく記述してください。 造影剤使用の既往： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 → 検査種 () 有の場合、副作用歴： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 → () アレルギー歴： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 → () 喘息： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 腎機能障害： <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 BUN() Cr()	R I	<input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 脳血流 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> その他 () マンモ グラフィ 病変部は () 消化管 透視 <input type="checkbox"/> 下咽頭食道造影 <input type="checkbox"/> 注腸透視 超音波 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 甲状腺エコー <input type="checkbox"/> 頸部血管 <input type="checkbox"/> その他 () その他		感染症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV 抗凝固剤 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()