

## 近畿大学病院 CT/MRI検査予約申込書

&lt;診療情報提供書・同意書【診療情報 閲覧・提供】もお送り下さい。&gt;

FAX 072-365-7161 (地域連携課直通)

受付時間 (お問合せ時間) 平日 9:00~17:00 土曜日 9:00~12:00

(注意) FAXは24時間稼働していますが、上記時間以降のお申込みは翌営業日の対応となります。

予約に時間を頂戴することもありますので、ご了承願います。

所在地

施設名

医師名

TEL

FAX

紹介元ご担当者名

正確に記載してください

フリガナ		性別	大正・昭和・平成 (生年月日)		
患者氏名		男・女	年	月	日 歳
住所				連絡先	
近畿大学病院での受診歴 (有・無)			ID番号		
希望日時	① /	② /	③ /	いつでも可能	
☆月曜日~金曜日9:00~16:00 土曜日9:00~12:00					
□単純MRI	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤
	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> MRCP (6時間絶食)	
□単純CT	肩関節	股関節	膝関節	上肢関節	下肢関節
	右 / 左 (関節の撮影は原則片方になります。)				
☆複数部位ご希望の際はご相談ください。					
ADL	独歩・杖歩行・車イス		年齢	対象年齢は10歳以上となります。	
確認事項	<input type="checkbox"/> 外来患者 (待機中・帰宅)		<input type="checkbox"/> 安静可能 (検査には30分程度安静が必要)		<input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 (有・無)
原則禁忌 となる項目	ペースメーカー (有 / 無)		植込型心電計 (有 / 無)		
	人工内耳 (有 / 無)		神経刺激装置 (有 / 無)		
	妊娠 (有 / 無)				
☆地域医療連携ネットワークシステムで画像・読影レポートの閲覧をお願い致します。					
返書には2診療日程度かかりますので、貴院診察日は検査日より1週間程度空けてください。					
※必ず〇してください。					
● 画像郵送 (要・不要)			● ICT (連携・連携外)		