令和　　年　　月　　日

近畿大学病院 CT/MRI検査予約申込書

<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。>

FAX　072-298-1650（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** □**単純CT**	□ 頭部 □ 頸部 □ 胸部 □ 腹部 □ 骨盤 □ 頸椎 □ 胸椎 □ 腰椎 □ MRCP（6時間絶食） 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	□外来患者（待機中・帰宅）　□安静可能（検査には30分程度安静が必要）　□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）**

近畿大学病院　地域連携課
〒590-0197　大阪府堺市南区三原台1-14-1
TEL　072-288-6236　（予約担当直通）