

## 岩手県立中部病院（CT検査）予約申込票

連携医療機関名：

フリガナ 紹介患者氏名	様	電話	
生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月 日

第一希望	月	日	午前・午後
第二希望	月	日	午前・午後
造 影	希 望 媒 体		
有 ・ 無	<input type="checkbox"/> CD-R	<input type="checkbox"/> フィルム	

(希望の時間にそえない場合は、近い時間に予約を入れさせていただきます)

検査部位

1 頭 部	4 腹 部	7 その他
2 頸 部	5 骨盤部	備考
3 胸 部	6 四肢部	

造影検査に関する質問 (造影剤使用を申込の際は、下記項目を必ずご記入ください。)

1	造影剤を使った検査を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (                      頃、                      の検査) その時は具合が悪くなりませんでしたか <input type="checkbox"/> なった (吐き気・嘔吐・かゆみ・蕁麻疹・血圧低下・その他) <input type="checkbox"/> ならなかった
2	下記の疾患に、かかったことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 喘息(造影剤禁忌) <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 食べ物による蕁麻疹 (                      ) <input type="checkbox"/> その他のアレルギー性疾患 (                      ) <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 →薬の服用 <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 注射
3	下記の検査のデータをお知らせください。※検査をしていない場合は非造影とします。 <input type="checkbox"/> 腎機能検査(検査日    年    月    日) <input type="checkbox"/> 感染症検査(検査日    年    月    日) ○ 血清BUN                      (                      mg/dℓ)    ○ HBs 未 済 ( + - ) ○ 血清クレアチニン (                      mg/dℓ)    ○ HCV 未 済 ( + - ) ○ TP                      未 済 ( + - )

○医療機関の皆様へ

※予約申し込み票へ希望日時、必要事項を記入の上、貴院カルテの表紙又は保険証のコピーと診療情報提供書を共に地域医療福祉連携室宛にFAX送信をお願いします。

※当院から返信します検査予約票を患者さんへお渡しください。

※検査当日は、予約票、診療情報提供書、保険証を持参にて来院するようお伝えください。

※予約日に来られない場合は早めにご連絡下さるようお伝えください。

岩手県立中部病院 地域医療福祉連携室

TEL：0197-71-1518 FAX：0197-71-1881 (連携室専用)

受付時間 (月～金) AM8：30～PM5：00 (休日は除く)