

CT・MRI・乳房撮影・核医学検査専用 紹介受診者票(紹介医→地域医療連携室)

年 月 日



FAX 022-293-0709

独立行政法人国立病院機構 仙台医療センター地域医療連携室 行
〒983-8520 仙台市宮城野区宮城野2-11-12 TEL022-293-0703

※夜間(17:15~)土日祝日は連携室担当者不在のため、翌日、または休日明けのお返事となりますのでご了承下さい。
緊急時の場合はTEL022-293-1111におかけいただき、各診療科に直接ご連絡下さい。
当該診療科で対応いたします。
時間外、土日祝日の緊急時はTEL022-293-1119へご連絡下さい。

▼発信元情報▼ ※太枠内をご記入の上、上記FAX番号までご送信ください。

医療機関名	:	
御担当医名	:	
住所	:	
TEL・FAX	:	TEL FAX

▼患者情報▼

フリガナ		生年月日	M・T・S・H・R
お名前	様(男・女)		年 月 日(歳)
住所	〒 -		
TEL	() -		

▼検査希望内容▼検査結果はCD-Rにてお渡しいたします。

検査内容	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 核医学	<input type="checkbox"/> 乳房撮影
検査部位 臨床診断	検査部位() 臨床診断()			
造 影	無・有 *有りの場合以下をご記入ください			
	●腎機能障害 無・有 血清クレアチニン(SCr)値____mg/dl *1.2mg/dl以上は造影できません 検査日 年 月 日			
	●造影剤の副作用の既往			無・有
	●喘息			無・有
	●糖尿病薬の服用			無・有
MRI検査 必須項目	○MRI注意事項(医療安全上必須) ペースメーカー・DBS等体内精密機器がある場合は、原則撮影できません。			
	○体内金属人工物 (有の場合は下記に回答願います。)			無・有
	○MRI対応 (不可の場合は撮影できません。)			可・不可
	MRI対応可の時は下記の該当するところに○をつけてください。 外科用クリップ、人工関節、人工弁、骨折接合材、その他()			
検査希望日	○閉所恐怖症			無・有
	無・有 ○第1希望 月 日() ○第2希望 月 日()			
※CTは、木、金 10時30分 (来院時間 9:20) ※MRIは、木(頭頸部のみ) 金(体幹部のみ) 15時00分 (来院時間 13:20) ※乳房撮影は月~木の15時00分までを予約しております。 それ以外の曜日、時間及び核医学につきましてはご相談下さい。				

※下記は記入しないでください。

ID番号		受診実績	無・有(年 月頃 科)
------	--	------	--------------