

【FAXはこちらの1枚目を送信して下さい】

FAX番号 023-673-1523

ご紹介患者様情報 CT・MRI

〒999-3161 山形県上市市弁天2-2-11

 みゆき会病院

☎CT:023-672-8310 ☎MRI:023-672-8848

ご紹介患者様を適確に検査させていただくため、以下の項目をご記入していただき、FAXして下さるようお願いいたします。

貴院名				医師名	印
来院予約日時	年	月	日	午前・午後	時 分 ~
フリガナ			生年月日	緊急時連絡先（本人の連絡先でも可能）	
氏名			男・女	年 月 日 才	
住所	〒			みゆき会病院記入欄 (管理ID)	

負担割合（1割・2割・3割）

受給者番号

公費負担番号

本人家族区分（本人・家族）

保険者番号

記号・番号

以下の項目に記載とチェックを行ってください。

撮影部位		
撮影方向	<input type="checkbox"/> みゆき会病院ルーチン	<input type="checkbox"/> その他（ ）
臨床診断名		
現症		
治療経過		
現在の処方など		

造影 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	CT造影検査の場合 <u>ビグアナイド系糖尿病薬を服用している※1</u> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
造影ありの場合※2	クレアチニン値_____ 検査日 月 日（3ヵ月以内） e-GFR値_____ 検査日 月 日（3ヵ月以内）
上記データの記載がない場合はみゆき会病院で検査を行いますので、予約時間の1時間前にお越しく下さいませようお願いいたします。この検査には別途料金が発生します。	
・過去の造影検査において、副作用がでたことがありますか？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
・気管支喘息はありますか？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
副作用歴がある場合、過去に出た副作用はどのような症状がでましたか？ 以下にお書きください。 ()	
※1 ビグアナイド系糖尿病薬を服用している患者様は検査前2日間（48時間）と検査後2日間（48時間）の薬止めが必要になります。必ず主治医と相談してください。	
※2 当院ではe-GFR値が45未満の方はリスクが高まるため造影検査は行いません。	

- ・患者様の移動手段 歩行 車いす ストレッチャー
- ・埋め込み型除細動器（ICD）の有無 有（ある場合はCT・MRI検査不可） 無
- ・心臓ペースメーカー 有 無 ・その他の体内金属（ある場合） 部位_____ 材質_____
- ・女性の方へ確認をお願いします 妊娠、または妊娠の可能性はありますか？ はい いいえ

MRI検査を受ける方へ

- ・心臓弁置換術、または弁輪形成術で生体弁や機械弁が体内にありますか？
ありません 生体弁です 機械弁です（撮影不可）
- ・入れ墨・タトゥー・アートメイクはありますか？ はい いいえ
- ・閉所恐怖症、または狭いところや暗いところが苦手ですか？ はい いいえ

備考 1枚目を封印の上、患者様にお渡しし、みゆき会病院にお持ちください。また1枚目をFAXしていただきますようお願いいたします。

2枚目は貴院の控えとなりますので保管してください。案内等は患者さんへのご説明にご使用ください。複写になりますので、ボールペンで強くお書きください。