

日本赤十字社和歌山医療センター 予約センター 宛

TEL : 0120-936-385 FAX : 0120-937-510

受付時間 : 平日 午前9時~午後7時 土曜 午前9時~午後1時

検査予約申込書

申込日 年 月 日

診察日	<input type="checkbox"/> 希望なし		医療機関名 医師名	住所	TEL FAX
第1希望	月	日 ()			
第2希望	月	日 ()			
診療科名	放射線 科				
患者様情報	本センター受診歴	<input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> 不明			
	患者ID番号	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>(本センター患者ID番号がわかればご記入下さい)</small>			
	フリガナ		男 ・ 女	M・T S・H	年 月 日生
	氏名				
	住所	〒 -			
		自宅 : () - 携帯 : - -			
移動形態	<input type="checkbox"/> 単独歩行可 <input type="checkbox"/> 歩行可(要介助) <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベット <input type="checkbox"/> 抱っこ				

希望検査及び項目を○で囲んでください

CT (単純・造影) ・ MRI (単純・造影) ※冠動脈は循環器内科を受診となります	
頭部 (大脳・小脳・下垂体・聴覚器)	骨盤部 (女性生殖器・膀胱・前立腺)
頭部 (眼窩・副鼻腔・口腔・咽頭・喉頭)	大血管 (胸部・腹部)
頸部 (耳下腺・顎下腺・甲状腺)	脊椎 (頸部・胸部・腰部・仙尾骨)
胸部 (肺・縦隔・胸壁・乳房)	上肢 (骨・軟部)
上腹部 (肝・胆・膵・副腎)	下肢 (骨・軟部)
核医学 (R I) 検査 ※心筋は循環器内科を受診となります	
脳 ・ 骨 ・ 甲状腺 ・ 腫瘍TL (SPECT) ・ 肝胆道 ・ 腎 (静態)	
肝脾 ・ Ga腫瘍肺血流 ・ 副甲状腺 ・ 副腎 ・ 腎レノグラム ・ 消化管出血	
胃粘膜 ・ 唾液腺 ・ 骨髄 ・ 腫瘍TL ・ 脳槽	
骨密度測定検査 (DEXA法)	

診断名	※該当項目に☑してください	
	<input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> 肝機能障害・肝硬変 <input type="checkbox"/> 輸血 (手術・事故等) <input type="checkbox"/> Wa-R <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> その他の感染症	<input type="checkbox"/> ヨードアレルギー <input type="checkbox"/> 薬物・食物過敏症 <input type="checkbox"/> ペースメーカー、人口弁 <input type="checkbox"/> 体内金属(磁性体) <input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ
検査目的 (コメント)	<input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 排尿障害 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎機能障害 <input type="checkbox"/> 肺機能障害 <input type="checkbox"/> 心疾患	<input type="checkbox"/> 消化器用吻合クリップ <input type="checkbox"/> 人工骨頭・冠歯 <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> 義眼 <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> コンタクト <input type="checkbox"/> 刺青 <input type="checkbox"/> 妊娠または妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> 要睡眠剤 <input type="checkbox"/> 精神状態 ()