

(様式1)

日立総合病院 地域医療連携室 行き

FAX: 0294-23-8412

TEL: 0294-23-8343

(外来受診 ・ 検査 ・ 転院) 予約申込書

申込み年月日	年 月 日		
医療機関名		医師名	科
電話番号	— —	FAX番号	— —

患者さん情報	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男性	生年月日	年 月 日
	氏名	様	<input type="checkbox"/> 女性	(歳)
	連絡先 (TEL)	— —		
	日立総合病院診察券	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	→	—
病 名				

※紹介状 (診療情報提供書) の添付をお願いいたします

以下の必要項目をチェックまたはご記入下さい。

希 望 科	科			
受診・検査・転院	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →	<input type="checkbox"/> 本日 (緊急) <input type="checkbox"/> 希望日 ()		
希望年月日		<input type="checkbox"/> 都合の悪い日 ()		
合併症等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →	<input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> その他 ()		
画像資料	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →	<input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他 ()		
検 査 項 目	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 BUN _____ Cr _____		
		<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> 超音波	<input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> シンチグラム	<input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> DAT SCAN		
		<input type="checkbox"/> 脳SPECT (I-IMP・Tc-ECD) <input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> PET	患者体重 (kg) _____	糖尿病 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	<input type="checkbox"/> 食道・胃内視鏡	HBs (antigen) <input type="checkbox"/> (-) <input type="checkbox"/> (+)	HCV (antibody) <input type="checkbox"/> (-) <input type="checkbox"/> (+)	LR <input type="checkbox"/> (-) <input type="checkbox"/> (+)
	<input type="checkbox"/> トレッドミル			
	<input type="checkbox"/> 大腸X線検査 (注腸造影検査)			
<input type="checkbox"/> MRI	※申し込みは別用紙になります (様式2)			
来院方法	<input type="checkbox"/> 救急車搬送	<input type="checkbox"/> 福祉タクシー等	<input type="checkbox"/> 自家用車	
A D L	<input type="checkbox"/> ストレッチャー	<input type="checkbox"/> 車イス	<input type="checkbox"/> 歩行	

MRI 検査申し込み書

日立総合病院地域医療連携室

電話番号 : 0294-23-8343

FAX 番号 : 0294-23-8412

申し込み年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関 _____ 医師名 _____ 科 _____

電話番号 _____ FAX 番号 _____

患者氏名 _____ 様 (男 女) _____ 歳 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者さん連絡先 TEL _____ 病名 _____

日立総合病院診察券 _____ (おわかりになれば
無 ・ 有 (登録番号 _____)

MR 検査 (単純 ・ 造影)

* 造影の場合 : BUN _____ Cr _____

造影剤使用時の確認項目 同意書をお願いします

- 1. 気管支喘息の既往 (有 ・ 無)
- 2. 造影剤アレルギー (有 ・ 無)
- 3. 手術の既往 (有 ・ 無)
- 4. アレルギーの既往 (有 ・ 無)
- 5. 感染症 (有 ・ 無)

部 位 【 ・ 頭部 ・ 脊椎 ・ 腹部 ・ MRCP ・ その他 (_____) 】

1 検査 1 部位 (四肢は左右どちらか 1 部位)



* MR 検査を申し込まれる先生へ、ご確認のお願い

MR 検査では、強い磁石と電波を使いますが、普通の人には無害なことが確かめられています。ただし、日常には経験しないような強い磁石を使いますので、確認必須項目にひとつでも 有 がある場合は、MR 検査が出来ませんので、必ずご確認ください。

必須確認項目

- 1. 心臓ペースメーカーや刺激電極などを身に付けている。 (有 ・ 無)
- 2. 体内に人工関節やプレートなどの金属が埋め込まれている。 (有 ・ 無)
- 3. 体や上下肢に刺青がある。(眉、瞼を含む) (有 ・ 無)
- 4. 妊娠初期にあたる。 (有 ・ 無)

* 不明の点などがございましたら、連携室へお問い合わせください。