

科 先生 令和 年 月 日

FAX 予約 <希望日> いつでも可
①令和 年 月 日()
②令和 年 月 日()
③令和 年 月 日()
ネット予約
令和 年 月 日() 時 分
<その他希望事項>

医療機関名
医師名
TEL
FAX

豊田厚生病院記入欄 <予約確定日> 令和 年 月 日() 時 分

フリガナ		男	生年	明・大・昭・平・令
患者氏名	旧姓	・女	月日	年 月 日
住所	〒 -	TEL		自宅 携帯
受診当日の状況	通院中・入院中	豊田厚生病院 受診歴	有 (I D)	無
保険証とお薬手帳を持参するようご指導をお願いいたします				
放射線検査正当性 (リスク・ベネフィット) の説明			<input type="checkbox"/> 実施済	
傷病名 経過及び 依頼目的				
右項目に印をつける	検査項目		関連記載事項	
	①CT (単純) ↓ 豊田市肺がん検診時のみ下記記入 <input type="checkbox"/> 結果記入も依頼 <input type="checkbox"/> 自施設で結果記入		※部位、撮影指示など詳細をご記入ください	
	②CT (造影) <下記、※造影注を記入>			
	③MRI (単純)			
	④MRA			
	⑤MRCP			
	⑥MRI (造影) <下記、※造影注を記入>			
	⑦RI ⇒ 種類【 】			
	⑧骨密度測定 (DEXA法) 部位: 腰椎+大腿			
	⑨消化管透視 (上部)			
	⑩消化管透視 (下部) <下記、枠外を参照>			
	⑪内視鏡検査 (上部)			
	⑫内視鏡検査 (下部)			
	⑬超音波検査 ドブラー (要 ・ 不要)			
	⑭眼科蛍光眼底造影検査 (インターネット予約のみ)		・②、⑥、⑦、⑪、⑫は処方内容を記入欄 (下記) へ記載ください (必須)	
⑮その他 (項目:)		・ワーファリン服用の方は PT-INR 数値を記載ください		
※造影注	身長 (cm) 体重 (kg)	検査 (実施日 < / > [BUN () Cr () eGFR ()])		
※喘息	有 (造影不可) ・ 無	※ヨード過敏	有 (造影不可) ・ 無 ・ 不明	
ペースメーカー	有 ・ 無	体内金属	有 (部位:)	手術年: 年) ・ 無
インプラント	有 ・ 無	感染症	HB () HCV ()	梅毒 () 不明
妊娠	有 ・ 無	授乳	有 ・ 無	媒 体 CD ・ フィルム ・ 不要
処方内容	処方: 有 ・ 無	抗血小板薬:	抗凝固薬:	PT-INR: 有 () 無

※必須項目です。記載が無い場合、検査をお受けできません。

- ・検査項目①～⑧、⑪、⑫につきまして鎮静(麻酔)/眠剤使用を希望の方は検査のみでお受けすることはできません。事前の診察予約をお願いいたします。
- ・画像写真は検査終了後、患者さん本人に持参して頂きます。読影結果は後日郵送いたします。
- ・⑩消化管透視(下部)は診察と検査が別の日程(2日後以降)となります。予約につきましては両日お取りいたします。