

検 査 予 約 申 込 書

紹介先医療機関名
 福岡東医療センター
<http://www.hosp.go.jp/~fukue/>
放射線科 御中

平成 年 月 日
 医療機関名
 所在地

TEL・FAX

科 医師名 印

フリガナ			明・大・昭・平	
患者氏名	生年月日	年 月 日 () 歳	男・女	
住 所	TEL		()	

保 険 者 番 号							
被保険者証・被保険者手帳の記号番号							
被 保 険 者 と の 続 柄	(本人・家族)						

よろしければ保険情報の記載もお願いします。

公費負担者番号							
公費負担医療の受給者番号							

福岡東医療センター TEL:092-943-2331 内線(380)
 放射線科 FAX:092-944-6463

【 検 査 項 目 】 検査予約日 月 日 時 分から

M R I	造影希望： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合は造影特記事項にチェックをお願いします <input type="checkbox"/> 頭部、 <input type="checkbox"/> 眼窩、 <input type="checkbox"/> 頭頸部、 <input type="checkbox"/> 胸部、 <input type="checkbox"/> 腹部、 <input type="checkbox"/> 後腹膜、 <input type="checkbox"/> 骨盤腔、 <input type="checkbox"/> 頸椎、 <input type="checkbox"/> 胸椎、 <input type="checkbox"/> 腰椎、 <input type="checkbox"/> 関節（膝 <input type="checkbox"/> 、股 <input type="checkbox"/> 、肩 <input type="checkbox"/> 、肘 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> ） <input type="checkbox"/> MRアンギオ、（脳血管）、 <input type="checkbox"/> MRアンギオ（四肢血管）、 <input type="checkbox"/> その他（ ） 〔特記事項：必ずチェックをお願いします〕 脳動脈クリップ： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 心臓ペースメーカー： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※ペースメーカー装着者は検査できません 手術歴： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無※有の場合（ ） 体内金属： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無※有の場合（ ） 臥位での安静（約1時間）： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	C T R I	造影希望： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合は造影特記事項にチェックをお願いします <input type="checkbox"/> 脳、 <input type="checkbox"/> 頭頸部、 <input type="checkbox"/> 胸部、 <input type="checkbox"/> 上腹部、 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 骨、 <input type="checkbox"/> ガリウム、 <input type="checkbox"/> 心筋、 <input type="checkbox"/> 脳血流、 <input type="checkbox"/> 肺換気、 <input type="checkbox"/> 肺血流、 <input type="checkbox"/> 甲状腺、 <input type="checkbox"/> レノグラム <input type="checkbox"/> その他（ ） 放射線治療 <input type="checkbox"/> 頭部、 <input type="checkbox"/> 頸部、 <input type="checkbox"/> 胸部（ <input type="checkbox"/> 肺、 <input type="checkbox"/> 縦隔） <input type="checkbox"/> 食道、 <input type="checkbox"/> 乳房、 <input type="checkbox"/> 腹部（ ） <input type="checkbox"/> 骨盤（ <input type="checkbox"/> 前立腺、 <input type="checkbox"/> 子宮） <input type="checkbox"/> 脊椎（ <input type="checkbox"/> 頸椎、 <input type="checkbox"/> 胸椎、 <input type="checkbox"/> 腰椎、 <input type="checkbox"/> 仙椎） <input type="checkbox"/> 骨（ ） <input type="checkbox"/> 皮膚（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ） 血管造影 <input type="checkbox"/> 動注 <input type="checkbox"/> 術前検査 その他（ ）	
造 影 特 記 事 項	1. 造影剤の既往： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※造影の既往が有りの場合副作用についてチェックをお願いします。 副作用： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合は詳しく（ ） 2. アレルギー歴： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 3. ぜんそく： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 4. 腎機能障害： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 5. 感染症： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			