藤田医科大学岡崎医療センターファクシミリ検査申込書 FAX 0564-64-8194

（岡崎医療センター記載欄 | | | | | | | | ／ （ ） : 科 先生 ）

■患者さんの情報をご記入ください。 **申込日: 月 日**

フリガナ		性 別	□ 明治 □ 大正 □ 昭和 □ 平成 □ 令和							
患者氏名		□ 男 □ 女	生年月日		年		月		日	
郵便番号		岡崎医療センター診察券番号 （ ） □ 不明								
住所										
電話番号		携帯								
※必ず日中に連絡可能な電話番号をご記入ください。										
母国語	（ ） 語 ※日本語が話せない方のみご記載ください。									

■紹介元医療機関 様

医療機関名

所在地

担当医名

電話番号

FAX番号

■ ご希望の検査に✔を入れ、2枚目の問診票もご記入ください。

◆放射線検査（全て事前に診療情報提供書が必要となります。）

・CT検査（単純CT） 部位（□ 頭部、□ 頚部、□ 胸部、□ 脊椎、□ 上腹部、□ 全腹部、□ 骨盤、□ 上肢、□ 下肢）

※原則、一部位の検査です。胸部～骨盤部の検査については、ご相談ください。

・MRI検査（単純MRI） 部位（ □ 頭部、 □ 聴神経、 □ 頚椎、 □ 腰椎、 □ 前立腺）

※原則、一部位の検査です。体内に医療機器がある場合、お断りさせていただく場合がございます。

・骨密度検査（DEXA） 部位（□ 腰椎、□ 右股関節、□ 左股関節）

※複数部位の検査可能です。前回検査日から4か月は空けてください。

受診希望日

□ 希望日あり □ いつでもよい

1. 20＿＿年＿＿月＿＿日 （ ）
2. 20＿＿年＿＿月＿＿日 （ ）
3. 20＿＿年＿＿月＿＿日 （ ）
4. 20＿＿年＿＿月＿＿日 （ ）
5. 20＿＿年＿＿月＿＿日 （ ）

※上記のご希望日にそえない場合の日程調整は、岡崎医療センターが

□ 患者さんと行う □ 医療機関と行う （いずれかに✔をお願いします。）

貴院に □ 入院中 □ 通院中 ※入院中での受診になる際には、入院患者連絡票を添付してください。

紹介目的と主訴を簡単にご記載ください。（紹介状は出来上がり次第、FAXにて送信ください。）

●お問い合わせ 藤田医科大学岡崎医療センター 医療連携室

予約受付時間 平日 8:45 ～ 19:00 ／ 土曜 8:45 ～ 12:00

電話番号 0564－64－8200 FAX 0564－64－8194（24時間受付）

予約受付時間外のFAX申込の場合、当院からの回答は翌診療日にいたしますのでご了承ください。

■検査予約問診表

No. 2

患者氏名ご記入ください。→ 様

● “CT検査”、”MRI検査”、”骨密度検査”をご希望の場合は、必ず該当する項目を選択してください。

長時間静止	□ 可能 □ 不可能
閉所恐怖症	□ あり □ なし
妊娠(可能性を含む)	□ あり □ なし
意思疎通	□ 可能 □ 不可能

【”あり””不可能”がある場合には、検査をお断りする場合がありますので、患者さん及びご家族にご説明ください。】

● “MRI”検査をご希望の場合は、必ず該当する項目を選択してください。

MRI検査は強力な磁石と電波を使って体の中を撮像するため検査を受けられない事があります。
検査を安全に受けていただくために以下の質問に[はい]、[いいえ]のどちらかを選択ください。

尚、①および②の項目に該当する場合、安全面の観点から**お断りさせていただく場合**がございます。

① 心臓のペースメーカー、植え込み除細動器、脳刺激電極を使用していますか。		□ はい □ いいえ
② その他、体内に電子機器(※)がありますか。 (※)カプセル内視鏡、人工中耳・内耳、インシュリンポンプ、心電用データレコーダ、リブレ		□ はい □ いいえ
③手術や針治療、外傷等により体内に金属(※)が入っていますか。 (※)動脈瘤クリップ、塞栓用コイル、ステント、CVポート、義眼、人工心臓弁、 VPシャント、手術時プレート・ボルト・ワイヤ・クリップ、人工骨頭、人工関節、 おき針、金属避妊具、事故・けがによる金属破片等		□ はい □ いいえ
④ 取外し可能な入れ歯(磁石を使った物を含む)または歯科矯正をしていますか。		□ はい □ いいえ
⑤ 入れ墨・アイメイクはありますか。		□ はい □ いいえ
⑥ かつら(粉末状の人工毛も含む)を使用していますか。		□ はい □ いいえ
⑦ 2か月以内に胃カメラ・大腸ファイバー検査を受けたことがありますか。		□ はい □ いいえ
⑧ 女性の方へ、現在妊娠している、もしくは妊娠の可能性がありますか。		□ はい □ いいえ
⑨ 現在の身長・体重を教えてください。	(　　)cm	(　　)kg
⑩ **前立腺検査**を受けられる方へ、PSAの値を教えてください。		(　　)

● “骨密度検査”をご希望の場合は、必ず該当する項目を選択してください。

① 腰椎に体内金属がありますか。		□ はい □ いいえ
② 股関節に体内金属がありますか。		□ はい □ いいえ
③ 検査予定日より、14日以内に造影剤を使用した検査(バリウム、造影CT)の実施 ※腹部にバリウム等の造影剤を認めた場合、測定ができない事があります。		□ あり □ なし
④ 現在の身長・体重を教えてください。	(　　)cm	(　　)kg
⑤ 前回の骨密度検査日から4カ月開いていますか。		□ はい □ いいえ