

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			
第1希望	月 日 ()	医師名			
第2希望	月 日 ()	住所			
診療科名	放射線診断	TEL			
		FAX			
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	M・T	年 月 日生
	氏名		女	S・H R	
	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ください	
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ください	
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)	

※該当項目に☑してください		
体内インプラント	インプラント挿入部位	<input type="checkbox"/> ICD (植込み型除細動器) <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 刺青、アイシャドウ <input type="checkbox"/> 喘息
<input type="checkbox"/> 人工頭蓋骨 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> ステント <small>(気管・食道・胆管・尿管)</small> <input type="checkbox"/> 動注ポート <input type="checkbox"/> 靱帯インプラント <input type="checkbox"/> 脳動脈瘤塞栓コイル <input type="checkbox"/> 歯インプラント <input type="checkbox"/> 骨折固定プレート又はボルト <input type="checkbox"/> 脳動脈瘤クリップ <input type="checkbox"/> 脳室シャントバルブ <input type="checkbox"/> 血管内ステント <input type="checkbox"/> 脊椎固定インプラント <input type="checkbox"/> 外科クリップ	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢	※造影希望の場合は、3ヶ月以内のクレアチニンの数値必須。日赤で採血希望の場合は、事前にご連絡下さい。 Cr値： mg/d l Cr検査月： 年 月 身長： 体重： 手術歴 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし 手術実施年月： 年 月 手術名：
	アレルギー	