

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="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	フリガナ			男	M・T
	氏名			女	S・H R
	住所	〒 - 年 月 日生			
	自宅:()	-	携帯: 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(RI)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(☑項目により実施できない場合がございます)

体内インプラント	インプラント挿入部位	ICD・その他
<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 (気管・食道・胆管・尿管) <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・消化管クリップ	<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 アレルギー <input type="checkbox"/> ヨード造影剤 <input type="checkbox"/> ガドリニウム造影剤 <input type="checkbox"/> 食物() <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> 薬剤() <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 妊娠または妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> ICD(植込み型除細動器) <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 刺青、アイシャドウ ※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/dl Cr検査月: 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: