

FAX受診検査予約申込書

◆ 電話でのご予約は、下記時間帯にて
受付いたします。
◎ 月～金 8:40～17:00
(土日祝、年末年始、5/1創立記念日は除く)
TEL:0885 - 32 - 2555【放射線科:内線3213】

◆ FAXについては、24時間受け付けております。

紹介元 医療機関名	
医師名	
住 所	〒
T E L	
F A X	

徳島赤十字病院 受診歴	☐ 無 ・ ☐ 不明 ☐ 有 (患者番号:)	※ 旧姓・旧住所での受診歴がある際には、紹介元医療機関へお電話にて確認を取らせていただく場合があります。ご了承ください。			
フリガナ		男・女	生年月日	明・大 昭・平 令	年 月 日 (歳)
患者氏名	(旧姓:)				
現住所	〒 (旧住所:)				
電話番号	自宅:	携帯:			
患者状態	☐ 独歩 ☐ 車いす ☐ ストレッチャー ※ 独歩以外の方は、必ず付添いの方とご来院ください。		患者状況	☐ 外来通院中 ☐ 入院中	

診療科	放射線科
受診希望日	① (月 日) ② (月 日) ③ (月 日)
電話にて予約済	予約日時 (月 日 時 分)

※ ご希望の検査名・造影の有無・部位について、該当する項目すべてに☑をご記入ください。

検査名	造影の有無	部 位
☐ 超音波 ☐ 骨密度 ☐ その他 ()		※ 超音波の場合は、部位を選んでください。 ☐ 頸部 ☐ 耳下腺 ☐ 顎下腺 ☐ 甲状腺 ☐ 腹部 ☐ 体表 ☐ その他 ()
☐ C T	☐ 単 純 ☐ 造 影 ☐ C T A	☐ 心臓(冠動脈)CT-A ☐ 頭部 ☐ 副鼻腔 ☐ 顔面 ☐ 内耳 ☐ 中耳 ☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 骨盤部 ☐ 腹部(胆のうメイン) ☐ その他 ()
☐ M R I	☐ 単 純 ☐ 造 影	☐ 頭部単純+頭部MRA+頸部MRA ☐ MRCP ☐ 頭部 ☐ 副鼻腔 ☐ 内耳 ☐ 中耳 ☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 骨盤部 ☐ 肝臓 ☐ 脾臓 ☐ 腎臓 ☐ その他 ()

↓ 『MRI』の場合、下記の体内チェックリストを必ずご記入ください。

心臓ペースメーカー・植え込み型除細動器 ※ MRI対応デバイス装着の方の予約は曜日指定あり。	☐ 無 ・ ☐ 有 ☐ MRI対応デバイス有
人工内耳	☐ 無 ・ ☐ 有
脳深部刺激装置(DBS)・骨成長刺激装置	☐ 無 ・ ☐ 有
インプラント(MRI撮影可能か歯医者に要確認)	☐ 無 ・ ☐ 有
閉所恐怖症	☐ 無 ・ ☐ 有
その他 ()	☐ 無 ・ ☐ 有