【 外部紹介　予約依頼確認リスト 】　　（ 職員記載用 ）

● 紹介元医療機関　　作成日　　月　　日

● 患者氏名（フリガナ）　　様　●生年月日　T・S・H・R　　年　　月　　日

（ 男 ・ 女 ）

● 患者連絡先（TEL）　　●住所　　市　　町

● 検査希望日　第1希望　　月　　日　　第2希望　　月　　日　　□ いつでも可

● 緊急性　□ 無し　□ 有り　（　　以内）

● 返書　□ 後日郵送 □ FAX　□ その他（　　）

● 他科受診希望　□ 無し　□ 有り（診療科名:　　）

● 紹介元再診日　□ 未定　□ 予定あり（再診予定日:　　）

● 検査
□ 単純CT　□ 造影CT □ CT(おまかせ)
□ 単純MRI　□ 造影MR □ MRI(おまかせ)
□ 骨シンチ　□ その他RI(　　)

● 部位
□ 脳　□ 頭頸部 □ 胸部　□ 上腹部 □ 骨盤部 □ 前立腺
□ 全腹部(上腹部 ＋ 骨盤部) □ MRCP □ その他(　　)

● 体内金属の有無　□ 無し　□ 有り
（ 部位 : 脊椎 、 股関節 、 膝 、 その他 ）

● 体内医療機器の有無　□ 無し　□ 有り
（ 種類 : ペースメーカ 、 除細動器付きペースメーカ 、 その他 ）

ペースメーカ等手帳の有無　□ 無し　□ 有り　（ FAX送信依頼 : 製造元 や 装置の種類 の確認のため ）

● 糖尿病治療薬の内服　□ 無し　□ 有り（　　）
処方医療機関（　　）

● 降圧剤の内服　□ 無し　□ 有り　（内服時間 : 朝　昼　夕 ）

● 他院からの処方　□ 無し　□ 有り（薬剤名:　　）

※ CT の場合

● バリウム検査（1ヶ月以内）　□ 無し　□ 有り　（ 検査日 :　　月　　日 ）

造影検査の場合　体重(　　) kg

● 過去の造影検査歴　□ 無し　□ 有り（ CT ・ MRI ・ 腎臓尿路 ・ 血管造影 ・ 胆嚢 ）
検査実施医療機関（　　）　画像:　□ 無し □ 有り
検査日（　　）　検査部位（　　）　造影剤の種類（　　）

● アレルギーの有無　□ 無し　□ 有り（　　）　症状:　□ 無し　□ 有り
〈家族歴〉　□ 無し　□ 有り（続柄:　　）　□ 不明

● 気管支喘息の既往　□ 無し　□ 有り（最終発作時期:　　）　治療:　□ 無し　□ 有り
〈家族歴〉　□ 無し　□ 有り（続柄:　　）　□ 不明

● 過去3ヶ月以内のクレアチニン値　□ 無し　□ 有り（　　mg/dl）（採血日:　　）(eGFR:　　)
□ 来院時、当院で採血　□ 結果待ち(採血日:　　)
□ 透析患者の場合:透析予定日(　　) ■Cr値は不要

● 一週間以内のワクチン接種　□ 無し　□ 有り

※MRI(子宮・卵巣)

● 内膜評価　□ 無し（月経開始7日～21日まで）　□ 有り（月経開始7日～13日まで）

● 最終月経　（　月　日より　日間）

● 前回月経　（　月　日より　日間）

● 前々回月経　（　月　日より　日間）

● 月経周期　（　日）　□ 整　□ 不整

● 次回月経予定　（　月　日）　注:月経不順の患者を除く

独立行政法人国立病院機構　南九州病院　　放射線科直通（ FAX ） 62 － 2151

令和7年7月　改定

FAX 不要

〔患者お渡し用〕

【氏名】　自動入力　【記入日】　年　月　日

代理の方が記入した場合お名前をお願いします

【代理記入者】　【続柄】

検査に関する問診

※以下の質問に答えて頂き、検査当日に必ずご持参ください。

1	体内金属がありますか？	はい	いいえ	不明
	はいと回答した方　⇒　□脊椎　□股関節　□その他（　）			
2	1カ月以内にバリウム検査をしましたか？	はい	いいえ	不明
	はいと回答した方　⇒　検査日：　月　日			
3	タバコは吸いますか？	はい	いいえ	禁煙した
	はい・禁煙したと回答した方　⇒　喫煙歴（　歳　～　歳まで　本/日　）			
4	アルコールは飲みますか？	はい	いいえ	禁酒した
	飲酒量を記載してください　⇒　ビール（　ml）焼酎（　合）日本酒（　合）その他（　）			
5	病歴・手術歴がありましたら記入してください 病歴・手術歴詳細：（　年　月　） 病歴・手術歴詳細：（　年　月　） 病歴・手術歴詳細：（　年　月　） 病歴・手術歴詳細：（　年　月　）			
6	（女性のみ）現在、妊娠中もしくは妊娠の可能性がありますか？	はい	いいえ	不明
7	（女性のみ）閉経　歳ごろ　、　最終月経：　月　日　～　日間　、　周期：整（　日型）・不整			

〔検査当日に記載してください〕

本日、朝食は？　□食べていない　□食べた　（　）時ごろ

本日、朝のお薬は？　□飲んだ　□飲んでいない　□飲むお薬はない

（午後の検査の方）

本日、昼食は？　□食べていない　□食べた　（　）時ごろ

本日、昼のお薬は？　□飲んだ　□飲んでいない　□飲むお薬はない

本日の体温は？　（　度　分）　体重（　）kg

37.5度以上の方は来院する前に当院放射線科へ連絡をお願いします

【確認日】　年　月　日　【確認者】

※こちらの欄は検査当日に当院職員がサインいたします。

国立病院機構南九州病院　代表電話（0995-62-2121）