

【 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
● フリガナ 患者氏名	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 タ)		
● 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					
● 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		

〔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	体内に医療機器がありますか？	はい	いいえ	不明
	はいと回答した方 ⇒ ☐ ペースメーカー ☐ 植込み型除細動器（ICD） ☐ その他（ ）			
	はいと回答した方 ⇒ ペースメーカー及び植込み型除細動器（ICD）を装着されている方は当院ではMRI検査は実施できません → 紹介元医院にお申し出ください 植込み型除細動器（ICD）を装着されている方は当院では植込み部位（胸部）CT検査は実施できません → 紹介元医院にお申し出ください			
2	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（ ）			
3	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			
4	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 ）			
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	現在、妊娠中もしくは妊娠の可能性がありますか？（女性のみ）	はい	いいえ	不明

〔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

今日の体温は？ (度 分)

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

※血圧は外来待合の自動血圧計で測定をお願いします

血压 (/) 脈拍 ()

【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)