

MGクリニック単純CT検査依頼票

依頼日

年

月

日

① 患者情報

フリガナ
氏名

生年月日 年 月 日

年齢 歳 性別 ☐ 男 ☐ 女

TEL ☐ 本人携帯 () ☐ その他 ()

② 予約希望日時

第一希望 年 月 日 曜日
時間帯 (: ~ :)
第二希望 年 月 日 曜日
時間帯 (: ~ :)

③ 検査部位

☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 上腹部 ☐ 骨盤部 ☐ その他 ()

④ 病名

⑤ 検査目的 (読影依頼書に転記しますので、できるだけ具体的にご記入ください)

⑥ 留意事項等

- ☐ 該当なし
- ☐ 妊娠または妊娠の可能性
- ☐ CRT-D (両心室ペースティング機能付き植込み型除細動器)
- ☐ ICD (植え込み型除細動器)
- ☐ SCS (脊髄刺激装置)
- ☐ DBS (脳深部刺激療法機器)
- ☐ インスリンポンプ
- ☐ CGM (持続グルコース測定機)

※注1 妊娠または妊娠の可能性のある患者様の検査は原則お断りさせていただいております

※注2 CRT-D およびICD埋込後では検査部位が制限される場合があります

※注3 SCSおよびDBSは機種ごとの添付文書に従い対応いたします

※注4 インスリンポンプおよびCGMは検査時の取り外しをお願いしております

⑦ 予約票送付方法

⑨ 紹介元医療機関名

☐ FAX ☐ E-mail()

※注5 E-mailを選択される場合はメールアドレスをご記入ください

⑧ 読影結果報告方法

☐ FAX ☐ つながりネットワーク

※注6 つながりネットワークによる報告は同システムをご利用中の医療機関が対象となります

【お問合せ先】 MG糖尿病・内分泌・甲状腺クリニック

TEL 0596-21-1112 FAX 0596-21-1117