＊予約は、**TEL：0172（32）9993**（放射線科外来直通）にて 8 時 30 分から 17 時（土・日・祝日除く）まで受付しております。
＊予約確認後は、**FAX：0172（32）9943** にて患者情報などを送信願います。

FAX 予約票（送信票）

令和　　年　　月　　日

患　　者　　紹　　介　　状

独立行政法人国立病院機構
弘前総合医療センター
放射線科　行

紹介元医療機関
名称・所在地
医師名

電話（　　－　　－　　）
FAX（　　－　　－　　）

（フリガナ）

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　性別　男・女

生年月日　　年　　月　　日生　（　）才

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　電話（連絡先）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

オーダー項目　□CT　□MRI　□RI　□骨密度

予約年月日　令和　　年　　月　　日　午前・午後　　時　　分

検査部位【　　】　□単純・□造影（検査日に、同意書を持参して下さい）

紹介目的及び現病名、既往歴

（　　）

※下記項目に記入して下さい。

●共通チェックリスト（CT･MRI･RI･骨密度）
1　妊娠（無・有）　妊娠週数（　　週）
2　身長　　cm　体重　　kg

●ＣＴチェックリスト
1　重篤な心疾患　無・有（　　）
2　甲状腺異常患　無・有（　　）
3　糖尿病　　無・有（　　）

●ＣＴ・ＭＲＩ造影時チェックリスト
1　薬剤アレルギー　無・有（　　）
2　喘息　　無・有（最終発作：　　）
3　腎機能障害（無・有）
　クレアチニン＿＿＿＿mg/dl（　月　日）
4　感染症　（無・有）
　HBsAg（＋・－）HBsAb（＋・－）
　HCV　（＋・－）MRSA　（＋・－）
　Others（＋・－）

●ＭＲＩチェックリストは MRI 検査問診票を確認後、そちらに必要事項をご記入ください。

○お薬を内服の方は、内容のわかるものを持参して下さい。（お薬手帳など）

（令和 6 年 11 月 25 日改訂）