

紹介元
医療機関名

TEL

医師氏名

先生

FAX

※折り返し貴院へ「検査予約票」をFAXいたしますので、この依頼書原本と共に患者様へお渡してください。

ふりがな 患者氏名	様	男 ・ 女	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日
患者連絡先	TEL — —		当院受診歴 あり ・ なし 保険種別 ☐ 交通事故 ☐ 労災
住所	〒		

☆検査前確認事項 注)安全な検査のため、必ずご確認ください

心臓ペースメーカー	☐ 無 ☐ 有(検査不可)
埋込み型除細動器	☐ 無 ☐ 有(検査不可)
脳動脈瘤クリップ	☐ 無 ☐ 有(下記に詳細をご記入ください。検査不可の場合あり)
グルコースセンサー	☐ 無 ☐ 有(検査不可 ※ただし当日除去して来院される場合は検査可)
内視鏡的ポリープ切除術歴	☐ 無 ☐ 有(クリップ確認の為当院にて腹部XP撮影を行います)
歯の矯正装置	☐ 無 ☐ 有(下記に詳細をご記入ください。検査不可の場合あり)
妊娠の可能性	☐ 無 ☐ 有(検査不可)
上記以外の手術歴及び 体内埋め込み金属体	☐ 無 ☐ 有 ※「有」の方は、下記へ施術された医療機関、実施年月日、部位、術式を記入してください ※材質によっては検査不可

検査部位	頭部・頸部・眼窩・副鼻腔・耳下腺・聴器・甲状腺・MRA(頭部・頸部) 胸部・肝臓・胆嚢・膵臓・腎臓・MRCP 頸椎・胸椎・腰椎・膀胱・前立腺・子宮・卵巣 肩関節(右・左)・手関節(右・左)・股関節(右・左)・膝関節(右・左)・足関節(右・左) 血管【心血管・大動脈(胸部・腹部)・下肢MRA・下肢MRV】 その他()
造影の有無	☐ 有 ※有の場合、ご記入ください。 気管支喘息(無・有) 造影剤アレルギー(無・有) 腎機能検査(測定日 年 月 日) BUN mg/dl ・ クレアチニン mg/dl ☐ 無
詳細	※必ずご記入下さい
希望検査日時	第一希望 月 日 () 午前 ・ 午後 第二希望 月 日 () 午前 ・ 午後

FAX 0865-67-0235

医療法人社団清和会 笠岡第一病院 地域医療連携室
FAX受付時間 月～金曜 8:30～17:30 土曜 8:30～12:30
(年末年始・祝祭日除く)

直通TEL 0865-67-0230

※時間外・休診日にFAXをいただいた場合、
お返事は翌開業日になります。