

FAX 04-7164-1197

東京慈恵会医科大学附属柏病院 放射線部 担当医 殿		年 月 日 送信元	
第1希望日 月 日 (曜日)		所在地	
第2希望日 月 日 (曜日)		医療機関名	
第3希望日 月 日 (曜日)		TEL	
		FAX	
※希望日がない場合は最短期日をご案内します。		医師氏名	
慈恵医大柏病院 受診歴 (有 ・ 無 ・ 不詳)		診察カード番号 (お持ちの場合)	

フリガナ		性別	生年月日	年 月 日 (歳)
患者氏名	様 〔旧姓〕	男 ・ 女		
住所	〒			
電話	(自宅) - -	(携帯)	- -	

保険情報				後期高齢者医療 公費情報				公費情報			
保険者番号		本人	1割	負担者番号		1割	負担者番号				
記号		家族	2割	受給者番号		3割	受給者番号				
			3割	番号			番号				

主訴又は病名・症状

検査目的・臨床情報
妊娠〔有・無〕 授乳〔有・無〕 アレルギー〔有・無〕 具体的内容()

検査内容	検査部位(種類)
<input type="checkbox"/> CT	頭部 ・ 頸部 ・ 胸部 ・ 胸腹部 ・ 上腹部 ・ 下腹部 ・ 上下腹部 ・ 冠動脈CT ・ 血管系() その他()
<input type="checkbox"/> MRI	頭部 ・ 頭部MRA ・ 頭部VSRAD ・ 頸部MRA ・ 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ・ 上腹部 ・ 下腹部 ・ 骨盤 ・ MRCP MRU ・ 肩関節(左・右) ・ 膝関節(左・右) ・ 乳腺(左・右) ・ その他()
確認事項	★脳動脈瘤クリップ〔有・無〕 ★ペースメーカー〔有・無〕 ★30分以上の静止〔可能・不可能〕
造影剤使用 有・無	★造影検査を希望する場合は、以下の項目について必ずご記入ください。 腎機能障害〔有・無〕 eGFR値()ml/min/1.73m ² 採血日 月 日 ※原則、3ヶ月以内の実施
※造影剤使用について、説明がない場合は検査が実施できません。	喘息・小児喘息〔有 → 5年以内に症状・治療の〔有・無〕 ・ 無〕 ビグアナイド系経口糖尿病薬の内服〔有・無〕 以前造影剤を使用したことがある〔有・無〕 → 造影剤を使用して具合が悪くなったことがある〔有・無〕 造影剤使用に関する注意事項の説明および同意書の記入〔有・無〕

- 【注意事項】
- ◆予約枠に制限があり、ご希望にお応えできない場合がありますので予めご了承ください。
 - ◆予約の取消又は変更は、患者支援センターまでご連絡ください。
 - ◆記入漏れがある場合は、検査が実施できないことがありますので、ご注意ください。
 - ◆MRI検査については、『MRI検査事前確認票』をご記入の上、診療情報提供書と共に患者さんへお渡しください。
 - ◆造影検査の場合は、紹介元医療機関にて注意事項をご説明いただき、同意書をご記入の上、診療情報提供書と共に患者さんへお渡しください。
 - ◆eGFR値 が30 (ml/min/1.73m²) 以下の場合、FAX・WEB予約での造影CT検査は不可となりますのでご了承ください。
 - ◆eGFR値 が45 (ml/min/1.73m²) 以下の場合、FAX・WEB予約での造影MR検査は不可となりますのでご了承ください。
 - ◆ご不明な点がございましたら、患者支援センターまでお問い合わせください。

※この用紙は[患者直接通知専用]です。
予約受付日の翌診療日までに患者さんへ電話にて予約日時の通知をいたします。

東京慈恵会医科大学附属柏病院 患者支援センター
〒277-8567 千葉県柏市柏下163番地1
TEL 04-7167-9680(直通) FAX 04-7164-1197

患者支援センター 付記欄	
予約日	月 日 ()

東京慈恵会医科大学附属柏病院 予約票(CT/MR)TEL

【紹介元記入欄】	紹介元医療機関名	
	所在地 医療機関名 TEL FAX 医師氏名	
1. 患者氏名		
フリガナ		
患者氏名	様	〔旧姓〕
2. 検査項目 必ず <input checked="" type="checkbox"/> チェック願います		
<input type="checkbox"/> CT 検査	・水分、食事の制限はございません。 ・心臓ペースメーカーをご利用の方はペースメーカー手帳をお持ちください。	
<input type="checkbox"/> MR 検査	・水分、食事の制限はございません。 ・強い磁器使用のため、更衣室で下記のものとは体から外していただきます。 〔金属製のもの、時計、ネックレス、ヘアピン、ベルト、補聴器、磁気を使用したもの 磁気カード(定期券、キャッシュカード)、金属の付着した衣類(ブラジャー、スリッパ等)〕	
() MR 検査事前確認票にて禁忌事項該当の有無について確認しました		
<input type="checkbox"/> MRCP 検査	・食事は検査の5時間前より摂らないでください。(水・お茶は可)	
() MR 検査事前確認票にて禁忌事項該当の有無について確認しました		

【患者さん記入欄】

※予約受付日の翌診療日までに慈恵医大柏病院患者支援センターより予約日時のご連絡を差し上げます。
 予約票に検査日時のご記入をお願いします。
 ご希望の方は、時間内に直通電話にて予約日時をご確認いただく事も可能です。

検査日： 年 月 日 () 曜日

検査時間 午前・午後 時 分

当日は本予約票を持参の上、検査時間の **30分前** までに **初診受付** にお越しください。

【当日お持ちいただくもの】

- ◆本予約票 ◆紹介状(診療情報提供書) ◆健康保険証
 ~お持ちの方のみ~ ◆当院診察券 ◆お薬手帳(薬剤情報提供書) ◆各種公費医療券

※お手数ですが、予約日時の連絡が入らない場合・予約の変更・キャンセル等は、下記までご連絡ください。
 【休診日】 日曜日、祝日、本学記念日(5月1日、10月第2土曜日)、年末年始(12月29日~1月3日)

【連絡先】 東京慈恵会医科大学附属柏病院 患者支援センター TEL 04-7167-9680 (直通) 受付時間：月曜日~土曜日 9:00~16:00
