

検査予約申込書

紹介先医療機関名
NHO長崎医療センター

年 月 日

医療機関名
所在地

放射線 科 御中

受診希望日 第1希望 月 日
第2希望 月 日
長崎医療センター受診歴 (有・無)

TEL・FAX
科 医師名 印

※二重登録防止のため、近年結婚等で改姓された方は旧姓をご記入下さい。

フリガナ		旧姓	生年月日	年 月 日 (歳)	男・女
患者氏名					
住所	〒			TEL 固定電話 () 携帯電話 ()	

3枚複写になっております。

NHO長崎医療センター
地域医療連携室

TEL : 0957-46-9004
FAX : 0120-731-063

M R I	造影希望: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有※ <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 脳動脈 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 咽頭・喉頭 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> MRCP (膵・胆管) <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> 前立腺・膀胱 <input type="checkbox"/> 乳腺 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙尾椎 四肢 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 【 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 足 】 <input type="checkbox"/> その他 ()	C T	造影希望: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有※ <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤・膀胱 <input type="checkbox"/> 冠動脈 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> デンタル (歯 No _____)
		R I	<input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> ガリウム <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> その他 () <small>※診療情報提供書もFAXをお願いします。</small>
			<input type="checkbox"/> マンモグラフィ
		E C G	<input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> その他 () <small>※診療情報提供書もFAXをお願いします。</small>
			<input type="checkbox"/> 骨密度検査 月 日現在 身長 ()cm 体重 ()kg
		※造影検査希望の場合 所定の同意書にて同意を得ていただく必要があります。 検査当日紹介状と共に同封していただきますようお願いいたします。 また、下記造影剤特記事項の情報が必要になりますので併せて ご記入ください。	
造 影 特 記 事 項	1 造影の既往: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (造影剤副作用歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 使用薬剤 _____) 2 アレルギー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____) 3 ぜんそく: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____) 4 腎機能障害: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 月 日現在 クレアチニン (mg/dl) e-GFR (ml/min/1.73 m ²) 5 感染症: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> HBs 抗原 <input type="checkbox"/> HCV 抗体 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> その他 (_____))		
検査結果・レポートの送付・掲示方法について <input type="checkbox"/> 1 お持ち帰り (<input type="checkbox"/> CD-R+レポート <input type="checkbox"/> レポートのみ) <input type="checkbox"/> 3 あじさいネット <input type="checkbox"/> 2 検査翌日郵送 (<input type="checkbox"/> CD-R+レポート <input type="checkbox"/> レポートのみ)			

診療情報提供書

紹介先医療機関名
NHO長崎医療センター

年 月 日

放射線 科 御中

医療機関名

所在地

受診希望日 第1希望 月 日
第2希望 月 日
長崎医療センター受診歴 (有 ・ 無)

TEL・FAX

科 医師名 印

※二重登録防止のため、近年結婚等で改姓された方は旧姓をご記入下さい。

フリガナ		旧姓	生年月日	年 月 日 (歳)	男・女
患者氏名					
住所	〒			TEL 固定電話 () 携帯電話 ()	
紹介目的					
主訴及び傷病名					
○病状経過 治療経過 検査所見 現在の処方					
○既往歴 及び家族歴	薬物アレルギー				

M R I	造影希望: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有※ <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 脳動脈 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 咽頭・喉頭 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> MRCP(膵・胆管) <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> 前立腺・膀胱 <input type="checkbox"/> 乳腺 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙尾椎 四肢 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 【 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 足 】 <input type="checkbox"/> その他 ()	C T R I	造影希望: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有※ <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤・膀胱 <input type="checkbox"/> 冠動脈 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> デンタル(歯 No _____) <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> ガリウム <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> その他 () ※診療情報提供書も FAX をお願いします。
	特記事項 歯科用インプラント: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 対応 <input type="checkbox"/> 不明) 脳動脈クリップ: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 対応 <input type="checkbox"/> 不明) 消化管止血クリップ: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 対応 <input type="checkbox"/> 不明) 人工内耳: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 対応 <input type="checkbox"/> 不明) 心臓ペースメーカー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 条件付き 体内金属: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 対応 <input type="checkbox"/> 不明) (不明の場合): <input type="checkbox"/> 長崎医療センター <input type="checkbox"/> 他院 手術歴: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 閉所恐怖症: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	E C O I	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> その他 () ※診療情報提供書も FAX をお願いします。
			<input type="checkbox"/> 骨密度検査 月 日現在身長 ()cm 体重 ()kg
			※造影検査希望の場合 所定の同意書にて同意を得ていただく必要があります。 検査当日紹介状と共に同封していただきますようお願いいたします。 また、下記造影剤特記事項の情報が必要になりますので併せてご記入ください。
	造影特記事項		1 造影の既往: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (造影剤副作用歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 使用薬剤 _____) 2 アレルギー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 3 ぜんそく: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 4 腎機能障害: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 月 日現在 クレアチニン (mg/dl) e-GFR (ml/min/1.73 m ²) 5 感染症: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> HBs 抗原 <input type="checkbox"/> HCV 抗体 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> その他 ())

検査結果・レポートの送付・掲示方法について

- 1 お持ち帰り (CD-R+レポート レポートのみ) 3 あじさいネット
2 検査翌日郵送 (CD-R+レポート レポートのみ)

診療情報提供書

紹介先医療機関名
NHO長崎医療センター

年 月 日

放射線 科 御中

医療機関名
所在地

受診希望日 第1希望 月 日
第2希望 月 日
長崎医療センター受診歴 (有 ・ 無)

TEL・FAX
科 医師名 印

※二重登録防止のため、近年結婚等で改姓された方は旧姓をご記入下さい。

フリガナ		旧姓	生年月日	年 月 日 (歳)	男・女
患者氏名					
住所	〒			TEL 固定電話 () 携帯電話 ()	
紹介目的					
主訴及び傷病名					
○病状経過 治療経過 検査所見 現在の処方					
○既往歴 及び家族歴	薬物アレルギー				

M R I	造影希望: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有※ <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 脳動脈 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 咽頭・喉頭 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> MRCP(膵・胆管) <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> 前立腺・膀胱 <input type="checkbox"/> 乳腺 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙尾椎 四肢 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 【 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 足 】 <input type="checkbox"/> その他 ()	C T R I	造影希望: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有※ <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤・膀胱 <input type="checkbox"/> 冠動脈 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> デンタル(歯 No _____) <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> ガリウム <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> その他 () ※診療情報提供書も FAX をお願いします。
	特記事項 歯科用インプラント: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 対応 <input type="checkbox"/> 不明) 脳動脈クリップ: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 対応 <input type="checkbox"/> 不明) 消化管止血クリップ: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 対応 <input type="checkbox"/> 不明) 人工内耳: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 対応 <input type="checkbox"/> 不明) 心臓ペースメーカー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 条件付き 体内金属: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 対応 <input type="checkbox"/> 不明) (不明の場合): <input type="checkbox"/> 長崎医療センター <input type="checkbox"/> 他院 手術歴: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 閉所恐怖症: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	E C G	<input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> その他 () ※診療情報提供書も FAX をお願いします。
			<input type="checkbox"/> 骨密度検査 月 日現在 身長 ()cm 体重 ()kg
			※造影検査希望の場合 所定の同意書にて同意を得ていただく必要があります。 検査当日紹介状と共に同封していただきますようお願いいたします。 また、下記造影剤特記事項の情報が必要になりますので併せてご記入ください。
	造影特記事項		1 造影の既往: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (造影剤副作用歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 使用薬剤 _____) 2 アレルギー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 3 ぜんそく: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 4 腎機能障害: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 月 日現在 クレアチニン (mg/dl) e-GFR (ml/min/1.73 m ²) 5 感染症: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> HBs 抗原 <input type="checkbox"/> HCV 抗体 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> その他 ())

検査結果・レポートの送付・掲示方法について

- 1 お持ち帰り (CD-R+レポート レポートのみ) 3 あじさいネット
2 検査翌日郵送 (CD-R+レポート レポートのみ)