

# 保険情報送信様式 (FAX用)

紹介元

貴院名 : ○○病院・クリニック  
 医師名 :  
 TEL :  
 FAX :

※ 予約は事前に電話でお受け致します。

※ 太枠内は必ずご記入願います。項目・必要箇所は、マル  をお願い致します。

予約項目・日時	月 日 ( ) 時 分	
診察	診療科 : 科	予約医師 :
CT	<b>※必須</b> 撮影部位 単純 ・ 造影	撮影方法の相談につきましては、放射線科医師へ取次ぎますのでお申出下さい。 ※Dr不在等にて即時対応が出来ない場合は 念の為、造影剤使用撮影にて予約枠を取得してください。 eGFR > 又は(Cr: mg/dl) (検査日 : ) <b>造影剤同意書は必ず当日に診療情報提供書と一緒に持ち下さい。</b>
MR I		
マンモ グラフィ	相模原市検診以外 相模原市 検診	※レポート有ります。 <b>相模原市(受診券等)は使用できません。</b> ※レポート無しです。 <b>必要書類を当日に必ずご持参下さい。</b>
エコー	撮影部位 :	
その他		

CT・MRの造影依頼時には検査値をお願いします。

病名(主訴)	
予約目的	

瀏野辺総合病院に受診した事がありますか？(可能であれば、お願いします。)

受診歴	無 ・ 有 : 診察券番号【 ( ) 】 ・ いつごろの受診ですか？ ( )
-----	--

フリガナ		男・女	明 大 昭 平
患者氏名	様	女	年 月 日生 才
住所	〒 -	TEL	連絡のとれる電話番号をお願い致します。

- ・ 予約当日
  - 受付にはお時間に余裕を持って
  - ご来院 (正面玄関入ってすぐの受付へ) 下さい。
- ・ 持ち物
  - ・ 診療情報提供書
  - ・ 造影剤同意書 (造影検査の方のみ)
  - ・ 保険証 (医療受給者証)
  - ・ 診察券 (受診歴がある方のみ)

医療法人社団相和会  
**瀏野辺総合病院**  
 メディカルサポートセンター  
 地域医療連携課 医療連携係  
 直通 TEL 042-754-3302  
 直通 FAX 042-754-3323

2012.10.31 H P 用

**①電話にて、予約枠を取得**  
 8:45~17:30 メディカルサポートセンター  
 地域医療連携課 医療連携係  
 直通 042-754-3302

**②保険情報送信様式(FAX用)の送信**  
 メディカルサポートセンター  
 地域医療連携課 医療連携係  
 FAX 042-754-3323

**③当日、紹介状と必要書類(同意書等)をご持参いただけますよう、患者様へお渡し下さい。**

# 保険情報送信様式（FAX用）

紹介元

貴院名：

医師名：

TEL：

FAX：

※ 予約は事前に電話でお受け致します。

※ 太枠内は必ずご記入願います。項目・必要個所は、マル  をお願い致します。

予約項目・日時	月		日	( )	時	分
診 察	診療科：	科	予約医師：			
C T	※必須 単純 ・ 造影	撮影部位	撮影方法の相談につきましては、放射線科医師へ取次ぎますのでお申出下さい。 ※Dr不在等にて即時対応が出来ない場合は 念の為、造影剤使用撮影にて予約枠を取得してください。			
			eGFR >	又は(Cr:	mg/dl )	(検査日:
MR I			造影剤同意書は必ず当日に診療情報提供書と一緒に持ち下さい。			
マンモ グラフィ	相模原市検診以外		※レポート有ります。 相模原市（受診券等）は使用できません。			
	相模原市 検診		※レポート無しです。 必要書類を当日に必ずご持参下さい。			
エコー	撮影部位：					
その他						

病名（主訴）	
予約目的	

浏野辺総合病院に受診した事がありますか？（可能であれば、お願いします。）

受 診 歴	無 ・ 有 : 診察券番号【	】・いつごろの受診ですか？（	）
-------	----------------	----------------	---

フリガナ		男 ・ 女	明 大 昭 平			
患者氏名			年	月	日生	才
住 所	〒	-	TEL	連絡のとれる電話番号をお願い致します。		

## ・予約当日

受付にはお時間に余裕を持って

ご来院（正面玄関入ってすぐの受付へ）下さい。

## ・持ち物

- ・ 診療情報提供書
- ・ 造影剤同意書（造影検査の方のみ）
- ・ 保険証（医療受給者証）
- ・ 診察券（受診歴がある方のみ）

医療法人社団相和会

## 浏野辺総合病院

メディカルサポートセンター

地域医療連携課 医療連携係

直通 TEL 042-754-3302

直通 FAX 042-754-3323

# MRI検査をうけられる患者様の予約票

フリガナ		生年月日 明・大・昭・平
氏名	男・女 様	年 月 日
予約日	平成 年 月 日 ( )	予約時間 午前・午後 時 分
持ち物	<input type="checkbox"/> 紹介状 <input type="checkbox"/> 健康保険証・各種受給者証 <input type="checkbox"/> 当院診察券 (※ある方のみ)	

## ◎ 検査を受けられる時の注意事項

	食べ物	飲み物	検査所要時間	その他
頭部単純	制限ありません	制限ありません	10～30分程度	・検査着に着替えて頂きます。
頭部造影	検査の 3時間前まで	お茶・お水は 積極的に お飲み下さい	30～40分程度	・コンタクトレンズをご使用の方は、外して 頂きます。ケースをお持ち頂くか、 眼鏡でご来院下さい。
体幹(脊椎)	制限ありません	制限ありません	30～50分程度	・金属類(時計・メガネ・アクセサリ類)は、 全て外して頂きます。
子宮・卵巣	検査の 3時間前まで	検査の 3時間前まで	40～60分程度	・化粧品は落として頂く場合があります (金属を含んでる場合がある為)

※ MRI検査は、普段経験しないような強い磁場となっています。

- ・磁気カードや貴重品(金属類で外した物)などは全てロッカーへ入れて頂きます。
- ・アクセサリ等をお控え頂き、なるべく薄化粧でおいで下さい。
- ・腹部の検査や造影剤を使用した場合、お食事は検査の3時間前までに済ませて頂きます。
- ・当日、検査の適応を放射線科で判断し、場合により安全性を考え検査を見合わせる場合があります。

※ 下記に当てはまる方は事前に主治医先生へご相談下さい。

- ・内服薬の服用についての相談は、依頼医にご相談下さい。

※ ご予約のキャンセルは依頼元の医療機関へご連絡下さい。

※ 検査に関する質問等ありましたら、放射線科で受付けております。

※ 救急などにより、検査の開始時間が前後する場合がありますのでご了承下さい。

◎ MRI検査は通常次の順序で行います。

《 注 意 事 項 》

①	検査20分前に受付	トイレに関しては指示に従って下さい。
②	MRI更衣室で検査着へ着替え	トイレに関しては指示に従って下さい。
③	検査	検査中は体を動かさないで下さい。 マイクが設置してありますので何か変化があった 場合は声をかけて下さい。
④	検査終了	更衣室等に忘れ物がないようお帰りください。

澁野辺総合病院 医療連携室

〒252-0206 相模原市中央区澁野辺3-2-8

直通 TEL 042-754-3302 FAX 042-754-3323

(事前予約・放射線科・医師へのお問い合わせ等)

## MRI安全確認リスト

医療機関名

医師名

先生

氏名:	(男・女)	生年月日:	M・T・S・H	年	月	日
検査予約日:	平成	年	月	日( )	時間:	時 分

## ★絶対禁忌

① 除細動器・ペースメーカー装着	なし ・ あり	※撮像できません。
② 人工内耳	なし ・ あり	
③ 静止不能	なし ・ あり	
④ 眼球内金属粉混入(職業・事故等)	なし ・ あり	
⑤ 生命維持に必要な金属 電子機器モニター類を外せない症例	なし ・ あり	
⑥ 広範囲な刺青	なし ・ あり	

## ★撮影に注意が必要

予約時ご相談下さい。

尚、場合によっては撮影できない可能性があります。

① 脳室腹腔シャント(再設定必要)	なし ・ あり	
② MRI非対応の人工弁 脳動脈瘤クリップ・ステント	なし ・ あり 不明	あり・不明… MRI対応用 ・ MRI非対応 いつ頃 ( )年 メーカー・製品名 ( )
③ 消化器内視鏡クリップ 体内結紮用クリップ	なし ・ あり 不明	あり… 留置後 8週以内 ・ 8週以上 部位 ( ) 施術施設名 ( )
④ 体内金属	なし ・ あり 不明	あり・不明…いつ頃( ) メーカー・製品名 ( )
⑤ 心臓病の貼布薬 (ニトロダームTTS、ニコチネルTTS)	なし ・ あり	予備をお持ちください。
⑥ 刺青 アートメイク(アイライン・眉含む)	なし ・ あり	当日要相談
⑦ 義眼	なし ・ あり	あり… 取り外し 可 ・ 不可
⑧ 歯科インプラント	なし ・ あり	あり… 施術した歯科に確認が必要です。
⑨ 閉所恐怖症	なし ・ あり	あり… 検査時静止が必要です。 予め安定剤等の処方をお願い致します。
⑩ 眼内レンズ	なし ・ あり	あり… MRI対応用 ・ MRI非対応 いつ頃 ( )年 メーカー・製品名 ( )
⑪ コンタクト・カラーコンタクト	なし ・ あり	あり…ご使用の方はケースをお持ち下さい
⑫ てんかんと言われたことは ありますか?	なし ・ あり	
⑬ 体内人工物(金属製の避妊リング)を 使用していますか?	なし ・ あり	
⑭ 妊娠の可能性	なし ・ あり	( )ヶ月 ・ ( )週

## ◎お伺いしたい必要な情報→

検査当日に技師より質問がある場合があります。

① 手術したことがありますか?	ない ・ ある	いつ頃 ( ) 内容 ( )
② 不整脈と言われたことはありますか?	いいえ ・ はい	
③ 心臓・腎臓・肝臓・甲状腺の 病気はありますか? (造影剤の方のみ)	いいえ ・ はい	

## ○検査前に避けていただくもの、及び検査時に外して頂くもの(患者さんに説明、承諾必要)

\*入れ歯・皮膚貼付剤(シップ等の薬剤、モニターセンサー類、広範囲に貼付した絆創膏、エレキバン、軟膏類 等)

\*かつら、増毛スプレーを含むヘアスプレー類・ヘアアクセサリ、ピン・ネイルアート、ジェルネイル、つけ爪

\*装身具・金属類のついた下着、汗などで濡れた下着類

\*検査時には更衣が必要で、さらにお化粧を落としてもらう場合があります。

\*アイシャドウ、アイメイクを避け、薄いお化粧で来院いただくよう説明をお願いします。

※ 造影検査時は別紙問診票の記入をお願い致します。

※ 造影検査施行時は水分は可とし、食事は控えていただくことがあります。

当日は、放射線科でX線写真を撮影し、適応を判断する場合があります。

状況に応じ、安全の為検査の見合わせや、中止する場合がありますことについても説明をお願いします。

澁野辺総合病院 医療連携室

直通 TEL042-754-3302 FAX042-754-3323

( 事前予約・放射線科・医師へのお問い合わせ等 )