

■オープン検査予約手順のご案内■

- ①放射線検査及び生理学検査のご予約は下記「予約・お問い合わせ先」にお電話でお願いいたします。
(検査予約日は、ご依頼医療機関の診察日にお願いいたします)
- ②お電話での予約が完了しましたら、別添の記入例を参考に「オープン検査依頼票」に必要事項をご記入のうえ、
検査予約日の前日までに地域医療連携室へFAX送信をお願いいたします。
※検査日前日が日曜、祝日の場合は直近営業日 17:30までに送信をお願いいたします。
- ③造影検査を希望される場合は別途「造影剤に関する説明書・同意書」についてもご記載のうえ、
検査予約日の前日までに地域医療連携室へFAX送信(同意書)をお願いいたします。
患者様もしくは代理人様にご署名いただいたものは検査当日ご持参いただくようご案内ください。
また、**造影剤検査にはeGFR値の記載が必要です。**
※記載が難しい場合はクレアチニンの数値がわかる採血データを添付していただきますようお願いいたします。
eGFR値記載や採血データ添付がない場合は、検査ができませんのでご注意ください。
- ④患者様の保険情報などは、「オープン検査依頼票」にご記載ください。
ただし、記入に代えて、患者様の保険証の写しを送信していただいても結構です。
- ⑤「オープン検査依頼票」原本は患者様にお渡しいただき、**検査当日ご持参**いただくようお願いください。
その際、貴院様用の一部控えをお取りいただき、検査終了まで保管をお願いいたします。
- ⑥当日の飲食について
【MRI・CT検査】
腹部または造影剤を使用される方のみ、下記の通り制限がありますので、ご説明をお願いいたします。
○予約時間の4時間前まで(水・お茶は可)
(例)午前10時の予約の場合→午前6時まで飲食可／午後 3時の予約の場合→午前11時まで飲食可
※腹部または造影剤を使用されない方は飲食に制限はございません。
- 【超音波(エコー)検査】
腹部エコーをされる方のみ、下記の通り制限がありますので、ご説明をお願いいたします。
○午前予約の場合は前日21時まで飲食可／午後予約の場合は当日8時まで飲食可(水・お茶は可)
- ⑦検査後、検査データに異常所見等がみつき、緊急受診の必要性があると判断した場合には、連携室よりご担当医様に相談の上、受診などの対応をさせていただき、後日、ご報告書を提出いたします。休診等によりご連絡が取れない場合は、当院医師等の判断により、「紹介受診」に切り替えて対応させていただくこともございます。
- ⑧上記に記載した件で、必要時には貴院様にご連絡をさせていただくことがございますので、休診日や、休憩時間にかかわらずご連絡の取れる連絡先電話番号を依頼目的などの欄にご記載ください。ご連絡が取れない場合、患者様の安全を最優先に検討させていただき、検査をキャンセルもしくは予約変更させていただくこともございますのでご了承ください。

以上

【ご予約・お問合せ】医療法人社団明芳会 イムス三芳総合病院 地域医療連携室

TEL : 049-274-7015 (直通)

※上記電話が繋がらないときは、お手数ですが病院代表番号より下記あてにお電話ください。

病院代表番号 : 049-258-2323 (代)

・CT・MRI検査…放射線科(内線2103) ・生理学検査………生理学室(内線2210)
お問い合わせ対応可能時間…月～土8:30～17:30(日曜・祝日を除く)

イムス三芳総合病院 放射線科 検査科 地域医療連携室

御依頼医療機関名	イムス三芳クリニック	医師名	三芳 一郎
代表電話番号	049-●●●●-●●●●	緊急連絡先(必須・携帯等)	080-●●●●-●●●●

検査日時 2018年 4月 15日 10時 00分より	患者様情報記入欄		
	フリガナ	さいたま はなこ	性別
	患者情報	埼玉 花子	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
	生年月日	M・T・ <input checked="" type="radio"/> S・H・R 10年 4月 1	

検査項目記入欄 (該当部位を○で囲んでください)			
CT		MRI	
単純	造影	<input checked="" type="radio"/> 単純	造影
頭部	ルーチン・顔面骨・副鼻腔・側頭骨	頭部	MRI <input checked="" type="radio"/> MRA
頸部	頸部・歯科用インプラント術前	頸部	MRI・MRA
胸部	肺野・縦隔・大動脈・冠動脈	胸部	心臓
腹部	上腹部・肝・胆・膵・脾・腎	腹部	MRCP・MRU・肝・胆・膵・脾・腎
骨盤腔	膀胱・前立腺・子宮・卵巣	骨盤腔	膀胱・前立腺・子宮・卵巣
上肢	右・左 肩・上腕・肘・前腕・手関節・手	上肢	右・左 肩・上腕・肘・前腕・手関節・手
下肢	右・左 股関節・大腿・膝・下腿・足関節・足	下肢	右・左 股関節・大腿・膝・下腿・足関節・足
脊椎	頸椎・胸椎・腰椎	脊椎	頸椎・胸椎・腰椎

<依頼目的>※ 上記にない部位や特別な指示については、こちらにご記入をお願い致します。(Dynamic等)

(例) 脳動脈瘤疑い

撮影部位が明確にわかる情報のご記載をお願いいたします

画像出力方法はCD・DVDのみとなります	読影の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
----------------------	-------	--

※ 通常は患者様に画像をお渡し、読影報告書は後日FAXにてご報告となります(出来次第)

上記以外の発送をご希望の方は右にチェックを入れて下さい 画像と読影報告書をまとめて郵送 読影報告書は郵送

※冠動脈CTではミオコールスプレー、MRCPではフェリセルツ(経口造影剤)を使用する場合があります。造影検査の場合は、別途『造影剤を使用した検査に関する説明書』もご記入下さい。

※検査のご依頼は [TEL:049-274-7015](tel:049-274-7015) 地域医療連携室へお電話ください。放射線科へおつなぎいたします。

保険番号		前期高齢者医療費保険者	割
被保険者証 記号・番号		後期高齢者医療費保険者	割
被保険者氏名		労災	
資格取得日		交通事故	
		生活保護	
公費負担者番号		自費	
公費負担医療費の受給者番号		母子・父子	

情報のご記載をお願いいたします

※記入に代えて保険証の写しをFAX送信いただいても結構です

※ FAX送信後、原本は患者様にお渡し頂き、当日当院へ持参して下さいますよう、お伝え下さい。また、貴院にて一部控えをご用意頂き、検査終了まで保管をお願いいたします。

御依頼医療機関名	イムス三芳クリニック	医師名	三芳 一郎
代表電話番号	049-●●●●-●●●●	緊急連絡先(必須・携帯等)	080-●●●●●●-●●●●●●

検査日時 2018年 4月 10日 10時 00分より	患者様情報記入欄		
	フリガナ	さいたま はなこ	性別
	患者情報	埼玉 花子	
	生年月日	M・T・ S H・R 10年 4月 1	男・ 女

検査項目記入欄 (該当項目及び部位を○で囲んでください)			
超音波	腹部		正中 右・左・両側
	心臓		尺骨 右・左・ 両側
	頸動脈	MCV	脛骨 右・左・両側
	甲状腺		腓骨 右・左・両側
	乳腺		右・左・両側
	その他表在		正中 右・左・両側
	下肢DVT		尺骨 右・左・両側
	下肢DVT・Varix	SCV	浅腓骨 右・左・両側
	下肢動脈		腓腹 右・左・両側
	腎動脈		右・左・両側
		心電図	12誘導 24hホルター
		肺機能	VC FVC
		PWV	ABI TBI
			脳波
			聴力
			重心動揺
			血圧ホルター

<検査目的>

<臨床診断・既往歴>

<主症状・コメント>

情報のご記載をお願いいたします

その他 ※ 検査結果を「当日返却」で希望される場合は☑を入れてください 当日返却

当日返却の場合に
チェックを

※検査の詳しい内容は予約時に検査科スタッフよりご説明いたします。
 ※検査のご依頼は [TEL:049-274-7015](tel:049-274-7015) 地域医療連携室へお電話ください。検査科へおつなぎいたします。

保険番号									
被保険者証 記号・番号									
被保険者氏名	[家族・本人]								
資格取得日									

情報のご記載をお願いいたします

※記入に代えて保険証の写しをFAX送信いただいても結構です

	前期高齢者医療費保険者	割
	後期高齢者医療費保険者	割
	労災	
	交通事故	
	生活保護	
	自費	
	母子・父子	

公費負担者番号							
公費負担医療費の受給者番号							

※ FAX送信後、原本は患者様にお渡し頂き、当日当院へ持参して下さいますよう、お伝え下さい。

また、貴院にて一部控えをご用意頂き、検査終了まで保管をお願いいたします。

<本状の送信先FAX番号> イムス三芳総合病院 地域医療連携室 ※検査前日までに送信をお願いいたします。