検　査　予　約　依　頼　書

20250401

紹介先：☐ 知多半島総合医療センター
☐ 知多半島りんくう病院
☐ 病院の指定無し

知多半島総合医療機構　総合予約センター
ＦＡＸ　０５６９－８９－０３２８
電　話　０５６９－８９－０２５７

紹介元　　年　　月　　日

医療機関名	
住　所	
医師名	
ＴＥＬ	
ＦＡＸ	

フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和
患者氏名	(旧姓　　)	男・女	年　月　日（　　歳）
住　所		電話番号	
		携帯電話	

予約希望日
☐ 指定日：第一希望　　月　　日（　）　第二希望　　月　　日（　）
第三希望　　月　　日（　）　第四希望　　月　　日（　）
☐１週間以内の予約　☐２週間以内の予約　☐２週間以上先でも可能

＊ 依頼検査内容 ＊

※総合医療センターでは造影検査・上部内視鏡、りんくう病院では核医学検査の検査予約はできません。

☐ＣＴ【☐単純　☐造影】	☐頭部　☐頸部　☐胸部　☐心臓　☐上腹部　☐下腹部　☐上肢（左・右） ☐下肢（左・右）
☐ＭＲＩ【☐単純　☐造影】	☐頭部（ＭＲＡ：なし・頭部あり・頸部あり）　☐頸部　☐胸部　☐上腹部 ☐下腹部　☐前立腺 ☐椎体（頸椎・胸椎・腰椎）　☐上肢関節（左・右）　☐下肢関節（左・右）
☐核医学検査（シンチ検査）	検査内容：
☐骨密度	☐腰椎　☐股関節（左・右）
☐上部内視鏡検査	

＊ 確認事項 ＊（検査内容により異なるため、ご注意下さい）

診断名		症状等	
妊　娠	☐　なし　☐　あり	移動方法	☐独歩　☐車椅子　☐ストレッチャー
ペースメーカー	☐　なし　☐　あり	メーカー：	

造影検査	薬物アレルギー	☐　なし　☐あり　（　　）		
	喘　息	☐　なし　☐あり　（　　）		
	ｅＧＦＲ値	ml/分/1.73㎡	検査日：　　年　　月　　日	
	糖尿病薬の服用	☐　なし　☐あり　（　　）		
	造影剤使用の同意書	☐　なし　☐あり		
ＭＲＩ	禁忌の体内金属	☐　なし　☐あり	体内金属・機器	☐　なし　☐あり
	磁石利用の義歯	☐　なし　☐あり	刺青・タトゥ	☐　なし　☐あり
	手　術　歴	☐　なし　☐あり　（　　）		
上部内視鏡	既 往 歴	☐心筋梗塞・狭心症　☐不整脈　☐高血圧　☐糖尿病　☐緑内障　☐喘息 ☐前立腺肥大症　☐脳卒中　☐その他（　　）		
	内 服 薬	☐なし　☐あり　（　　）		
	キシロカインアレルギー	☐　なし　☐　あり		
	抗凝固剤・抗血小板剤	☐　なし　☐　あり（　　）		
	※中止薬指示	☐　なし　☐　あり（　　月　　日から中止　）		