



宛先：宮城県立がんセンター 地域医療連携室
FAX番号 022-381-1169 地域医療連携室直通

画像診断予約申込書

【発信先】

宮城県立がんセンター 地域医療連携室

〒981-1293 名取市愛島塩手字野田山47-1

TEL:022-381-5152

FAX:022-381-1169

【紹介元】

令和 年 月 日

医療機関名：

連絡先 TEL：

FAX：

診療科・医師名：

科

先生

(連絡担当者様：)

※ 予約受付時間外(平日17時以降・土曜・日曜・祝日・年末年始)のお申込みについては、原則として翌診察日の対応となります

※ 診察ご希望の場合は、「診療予約申込書」でご予約をお願いします

X線CT検査不可：ICD(植込み型除細動器)、DBS(脳深部刺激療法)植え込みの方

MRI検査不可：ICD(植込み型除細動器)、DBS(脳深部刺激療法)、ペースメーカーの方

X線CT・MRI要相談：妊娠中、造影剤アレルギー、ペースメーカー(CTのみ)の方

予約検査	希望される検査、部位に○をつけてください				
X線CT (造影 有・無)	・頭部	・頭頸部	・胸部	・骨盤	・胸部～骨盤
	・腹部～骨盤	・胸腹部	・上肢	・下肢	
MRI (造影 有・無)	・頭部	・頭頸部	・胸部	・腹部	・骨盤
	・乳房	・脊椎	・上肢	・下肢	
RI	・骨シンチ ※他検査は要相談				
※造影検査を希望の場合、検査日から3ヶ月以内の腎機能検査(eGFR採血検査)の結果を一緒にお送りください					
体内金属	□無 □有(部位： 種類：)				
受診希望日	CT (月・金 10:00)	① 令和 年 月 日 ()			
	MRI (月 13:00・15:30) (金 13:00・14:30)	② 令和 年 月 日 ()			
	RI (火・水・木 9:00)	③ 診察日いつでも可			
ふりがな			性別	1.男性 2.女性	
患者氏名	様				
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 歳				
住所	電話 ()				
当院受診歴	1.有 2.無 3.不明	当院受診時に入院中ですか？		1.はい 2.いいえ	
備考：					

* 紹介医療機関からのFAX受理後、当院から診療予約票(画像診断用)と、留意点の書かれた用紙をFAXしますので患者さんにお渡し願います

がんセンター記入欄 予約日	令和 年 月 日 ()
------------------	--------------