愛心メモリアル病院　　検査予約申込書　（FAX 用）

年　　月　　日

送信先　愛心メモリアル病院
地域連携室　行
直通FAX：０１１－７５２－８６３５
TEL：０１１－７５２－３５３５（代表）

発信元医療機関

住　　所
医療機関名
医師氏名
TEL
FAX

フリガナ		性別	住所	〒
患者氏名	様	男・女		
生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日（　　才）		電話番号	（　　）　　－

検査予約希望日	第１希望	月	日	午前	or	午後
	第２希望	月	日	午前	or	午後
	第３希望	月	日	午前	or	午後

以下の項目について記載お願いいたします。

＜患者情報＞

① 身長　（　　）cm
② 体重　（　　）kg
③ アレルギー　有 or 無　有りの場合（　　）→ メドロール 32mg 処方　有 or 無
④ 緑内障　有 or 無 →有の場合（ 開放隅角緑内障 or 閉塞隅角緑内障 ）
⑤ 喘息　有 or 無
⑥ 心房細動　有 or 無
⑦ 腎機能　月　日　BUN（　　）Cr（　　）GFR（　　）
⑧ ビグアナイド系糖尿病薬　有 or 無　＊有の場合、検査前後 2 日と検査日あわせて 5 日間休薬が必要です。

また、以下の点について事前にご確認ください。できない場合、検査が実施できない可能性がございます。

・息止め 15 秒 できますか？
・20 分ほど仰臥位の体位を保てますか？

画像処理・解析について、指示がございましたら記載をお願いいたします。