

保険者番号									
被保険者・被保険者 手帳の記号番号									
被保険者との続柄	(本人・家族)								

よろしければ保険情報の記載もお願いします。

公費負担者番号									
公費負担医療の 受給者番号									

一部負担金の割合	
1割	3割

平成 年 月 日

紹介先医療機関名
独立行政法人 指宿医療センター
国立病院機構

医療機関名
所在地

科 御中

TEL・FAX

・検査予定日： 月 日 ()

科 医師名 印

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	男・女
患者氏名				
住 所	〒	TEL	()	

検 査 予 約 申 込 書

3枚複写になっております。

独立行政法人
国立病院機構

指宿医療センター

TEL : 0993-22-2231
FAX : 0993-22-2772

<http://www.hosp.go.jp/~ibusuki1/>
Email/renkei@ibusuki2.hosp.go.jp

【 検 査 項 目 】

一検査・一部位でお願いします。

M R I	造影希望：□有 □無 ※有の場合は <u>造影特記事項</u> にチェックをお願いします。	C T R I 内 視 鏡 エ コ ー	造影希望：□有 □無 ※有の場合は <u>造影特記事項</u> にチェックをお願いします。
	□頭部、 □眼窩、 □頸部、 □胸部、 □腹部 (肝・脾・腎) □MRCP、 □骨盤腔、 □頸椎、 □胸椎、 □腰椎、 関節 (膝□、股□、肩□、肘□、手□、足□) □MRIアンギオ(脳血管)、□MRアンギオ(四肢血管)、 □その他 ()		□頭部、□頸部、□胸部、□上腹部、 □腎・後腹部、□骨盤・膀胱、 □その他 ()
	〔特記事項：必ずチェックをお願いします〕		□骨、 □腫瘍ガリウム、□腫瘍タリウム、 □甲状腺、□肺血流、 □腎、 □レノグラム、□脳血流SPECT、 □その他 ()
	脳動脈クリップ：□有 □無 心臓ペースメーカー：□有 □無 手術歴：□有 □無 ※有の場合 () 体内金属：□有 □無 ※有の場合 () 仰臥位での安静(約1時間)：□可 □不可		□胃内視鏡、□大腸内視鏡
造 影 特 記 事 項	1. 造影の既往：□有 □無 ※造影の既往が有りの場合副作用についてチェックをお願いします。 ・副作用：□有 □無 ※有の場合は詳しく () 2. アレルギー歴：□有 □無 3. ぜんそく：□有 □無 4. 腎機能障害：□有 □無		□乳腺、□心、□頸動脈、□腹部、 □その他 ()