

名古屋市立大学病院 蛍光眼底造影検査 予約申込票

FAX : 052-858-7130 TEL : 052-858-7131
お申し込み受付時間： 平日 8:30～19:00 土曜日：8:30～12:30

令和 年 月 日

紹介元医療機関名

所 在 地

担 当 医

電 話 番 号

休診時連絡先

F A X 番 号

当書類と「蛍光眼底造影検査 事前問診票、同意書」(別紙)を併せて地域医療連携センター事務室に送信してください。
当院ホームページに「蛍光眼底造影検査に関する説明と同意書」を掲載しておりますので、お手数ですが、印刷して患者さんにお渡しください。

(掲載ページアドレス：<https://w3hosp.med.nagoya-cu.ac.jp/for-medical/kyodou/>)

注意点

- ・血液検査の結果などの不備がある場合、当日に検査が受けられないことがあります。
- ・当日運転して受診されると原則散瞳検査（蛍光眼底造影検査含む）はできません。
- ・18歳未満の方は、保護者と一緒に受診してください。
- ・検査結果は、検査実施後3日程度で紹介元医療機関へ郵送いたします。

1. 希望造影剤、希望機種： ハイデルベルク HRA Nikon Optos California 両方 担当医に任せる
2. 傷病名：()
3. 検査目的：()
4. 検査結果の提供方法：検査日から3～5日程度で、診断と結果画像(CD-R)を紹介元医療機関へ郵送します。
 - ・結果画像(CD-R)が不要なときは☑してください。⇒ 結果画像(CD-R)は送付不要
 - ・検査画像を紙にプリントして送付希望のときは☑してください。⇒ 結果画像は紙媒体で

ご依頼の患者さんに関する下記の注意事項の確認と質問にご回答ください。

①腎機能、肝機能を確認するため、3か月以内の血液検査結果を紹介状に添付してください。

②お薬や食べ物でアレルギーがでたことがありますかー ある・ない

内容()

③今まで造影剤を用いた検査を受けたことがありますかー ある・ない

⇒「ある」と回答した方のみご回答ください。

その時、副作用が出ましたか？ー はい・いいえ

検査名：蛍光眼底造影、CT、腎孟造影、胆のう造影、血管造影、その他()

症 状：尋常歩行、嘔気、嘔吐、その他()

④腎不全、肝疾患と診断されたことがありますかー ある・ない

*血液検査結果の値、有効期間が外れている場合は、蛍光眼底造影検査ができないこともありますのであらかじめご了承ください。

| | | |
|---|--|--|
| 診療希望日時 (ご希望の時間に○) | 第1希望：令和 年 月 日 () 午前・午後 第2希望：令和 年 月 日 () 午前・午後 | |
| 患者さん | 氏名等 氏名： | フリガナ() 貴院のID() 様(旧姓：) 性別 男・女 |
| | 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 (歳) |
| | 電話 | (日中に必ず連絡がつく番号を記入してください) 自宅 - - 携帯 - - |
| | 住所 | 〒 - |
| | 外国籍の方 日本語： | 日本の公的医療保険： <input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入の方は医療ツーリズムを通してご受診ください <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 |
| 貴院に <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中 | | 当院受診歴 <input type="checkbox"/> あり (ID No.) <input type="checkbox"/> なし |

*以下は事務処理欄ですので記入しないでください。

| | | | | | | |
|----------|------|--|-------|--|--------------|--|
| ID No.) | 予約登録 | | 予約票送付 | | 紹介患者登録・アクセス権 | |
|----------|------|--|-------|--|--------------|--|