

受診予約申込書

FAX. 0798-78-7520

必要事項をご記入の上、「診療情報提供書（紹介状）」と共に
FAXして下さい。

送信先

保本IVRクリニック

Yasumoto IVR Clinic



YASUMOTO
IVR CLINIC

〒663-8173 兵庫県西宮市甲子園三番町5-5

電話番号 0798-78-7501（代表）

FAX番号 0798-78-7520

http://www.yasumoto-ivr.com/

受付時間:平日 9:00~17:00

休診日:土日祝及び年末年始(第1,3,5土曜日を除く)

送信日	年 月 日
送信元	
医療機関名	
所在地	〒 -
電話番号	
FAX番号	
診療科	
医師氏名	
送信者	

フリガナ 患者氏名	セイ 姓	メイ 名	生年月日	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日 歳
現住所	〒 -			性別 ☐ 男 ☐ 女
電話番号	携帯番号		FAX番号	

紹介目的

- ☐ がん治療（当院初診時の判断に一任する）
- ☐ IVR（当院初診時の判断に一任する）
- ☐ セカンドオピニオン（ ）
- ☐ ラジオ波治療
- ☐ 灌流療法
- ☐ 非血管系IVR（ドレナージ、CTガイド下生検、金属マーカー留置、椎体形成術など）
- ☐ 血管系IVR（動脈塞栓術（TAE）、動脈化学塞栓術（TACE）、止血術、UAE、PAEなど）
- ☐ がん検診（☐ 全身MRI ☐ 無痛MRI乳がん検診 ☐ 頭部MRI）☐ 胸部CT ☐ 造影CT（ ）
- ☐ 病状の詳細な画像解析 ☐ フォローCT ☐ その他（ ）
- ☐ その他各種IVR or 高精度画像診断（ ）

患者状況	☐ 外来患者 ☐ 入院患者（DPC： ☐ 対象 ☐ 非対象 ☐ 不明）		
	☐ 透析中（施行曜日： . . ）（施行時間帯： ☐ 午前 ☐ 午後）		
歩行状態	☐ ストレッチャー ☐ 車椅子 ☐ 歩行可		
体内金属	☐ あり（手帳のコピーが必要です） ☐ なし ☐ 不明		
ペースメーカー	☐ あり ☐ なし ☐ 不明		
人工内耳	☐ あり（薬剤名： 発症時期： 年頃）		
造影剤アレルギー	☐ なし ☐ 不明		

その他の薬剤アレルギー	☐ あり（具体的に： _____） ☐ なし ☐ 不明
予約連絡先	☐ 医療機関（ ☐ 医師 ☐ 看護師 ☐ 地域医療連携室 お名前： _____） ☐ 患者本人（氏名： _____）（TEL： _____） ☐ 患者家族（氏名： _____）（TEL： _____）
来院不可日	☐ 特になし 年 月 日 ☐ AMのみ ☐ PMのみ ☐ 全日 年 月 日 ☐ AMのみ ☐ PMのみ ☐ 全日
現在就職状況	☐ あり ☐ なし ☐ その他（ _____ ）

初診予約方法

- 1 「FAX送信票/受診予約申込書」にご記入の上、「診療情報提供書（紹介状）」と共にFAXして下さい。
- 2 「診療情報提供書（紹介状）」の原本や画像CD-R等を当院宛にご郵送下さい。
ご郵送いただきたい情報は下記をご参照下さい。
- 3 2でお送りいただきました資料が届き次第、初診予約のご連絡を、患者様もしくは紹介元病院のご担当者様に差し上げます。

ご郵送いただきたい情報	各種がん治療	その他
	RFA, TAE, カテーテル治療, 灌流療法, 動脈瘤塞栓術, 止血術, 子宮動脈塞栓術, 前立腺動脈塞栓術 など	生検,金マーカー留置術, 経皮的ドレナージ,椎体形成術, CVポート留置術 など
診療情報提供書(紹介状)	○	○
画像CD-R及び読影所見(注1)	○	○
採血結果(注2)	○	☆
病理所見のコピー	☆	-
手術記録及び病理所見のコピー	☆	-
過去の放射線治療に関する情報(注3)	☆	-
採血結果(注4)	○	○
ペースメーカー手帳のコピー(注5)	☆	-

注1：腫瘍の経時的変化が分かる画像検査のCD-R及び読影所見

注2：腫瘍マーカーの推移がわかり、かつ直近の尿素窒素・クレアチニンの値がわかるデータ

注3：照射録・線量分布図など

注4：PT・PT-INR（止血機能）・CRP・血小板数・白血球数の値がわかるデータ

※5：製造メーカー・型番・シリアル番号等がわかる情報（初診時に直接ご持参でもかまいません）

※ RFA（ラジオ波焼灼術）の場合、ペースメーカー留置の患者様は原則禁忌ですが対応可能な場合があります。

※ 画像診断の場合、特にMRI検査では別途注意が必要です(ペースメーカー、体内金属、入れ墨などは禁忌です)。