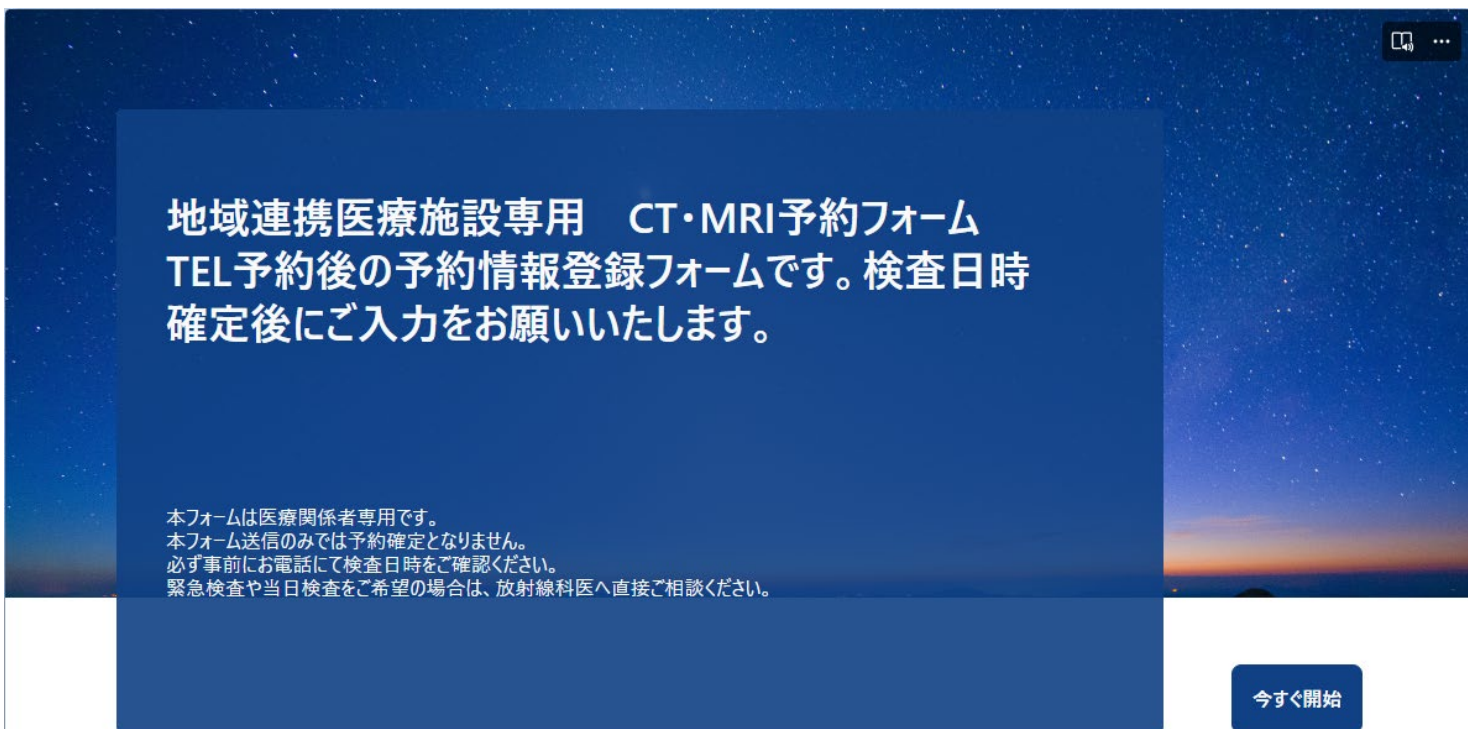


予約用Webフォーム 入力マニュアル



1. フォームへアクセス

熱海所記念病院ホームページより
病院案内 > 部署紹介 > 放射線部門 >
外部依頼検査について > 外部予約入力フォーム
の順に進んでアクセスしてください。
フォームトップ画面が表示されます。

ご確認事項

- ・ 本フォームは医療関係者専用です。
- ・ 本フォーム送信のみでは予約確定となりません。
- ・ 必ず事前に電話にて検査日時をご確認ください。
- ・ 緊急検査、当日検査をご希望の場合は放射線科医へご相談ください。
- ・ 「※」マークは入力必須です
- ・ 赤い「→」は入力欄の位置を示します
- ・ （任意）は入力任意の項目です

2. 入力開始

画面右下の「今すぐ開始」
をクリックしてください。

地域連携医療施設専用 CT・MRI予約フォーム

TEL予約し検査日時確定後にご入力をお願いいたします。

このフォームを送信する際に、お客様が、ご自身のお名前やメールアドレスなどの詳細情報を入力しない限り、その情報が自動的に取得されることはありません。

* 必須

【依頼施設情報】

1. 施設名 *

回答を入力してください

2. 医師名 *

回答を入力してください

次へ

ページ 1/10

3.依頼施設情報の入力

→施設名✕
→医師名✕
を入力してください。

例)

施設名：〇〇内科クリニック
医師名：〇〇 〇〇 先生

【患者情報】

3. 氏名 *

回答を入力してください

4. 生年月日 *

日付を入力してください(yyyy/MM/dd)

5. 性別 *

- ☐ 男
- ☐ 女
- ☐ その他

6. 患者連絡先 (電話番号) *

回答を入力してください

7. 身長(cm)

回答を入力してください

8. 体重(kg)

回答を入力してください

4.患者情報の入力

→氏名※

→生年月日※

→性別※

→連絡先※

→身長(cm)（任意）

→体重(kg)（任意）
を入力してください。

※患者様へ連絡する場合がありますので、
電話番号は正確に入力をお願いします。

* 必須

【検査日時】

9. 予約日 *

日付を入力してください(yyyy/MM/dd)

10. 予約時間 *

回答を入力してください

戻る

次へ

ページ 3/10

5.検査日時の入力

電話予約時に決定した

→予約日✕

→予約時間✕

を入力してください。

例) 予約日 : 2026/05/30

予約時間 : 15:00

11. モダリティ *

☐ CT

☐ MRI

【MRI安全確認】

12. 以下の項目について、依頼医にて確認をお願いいたします。 *

☐ ペースメーカー・ICD(植込み型除細動器)なし

☐ MRI禁忌金属(脳動脈クリップ等)なし

☐ 人工内耳なし

☐ 妊娠中または妊娠の可能性なし

☐ 閉所恐怖症なし

☐ MRI検査の実施が可能と判断しました

13. MRI実施に際し注意が必要な事項があればご記入ください

(例) ・人工関節あり ・認知症あり ・刺青あり 等

回答を入力してください

14. 最終確認 *

☐ 上記内容を確認しMRI検査依頼します

6.検査内容の選択

→モダリティ※

- ・ CT
- ・ MRI

どちらか該当するものを選んでください。

※MRI検査の場合

MRIを選択した場合のみ左の項目が表示されます。

MRI安全確認※

→リスト全てを確認しチェックする

※体内金属がある場合

種類・部位を入力してください。

例) 右大腿骨プレート
頸椎固定術後

最終確認※

→上記内容(安全)を確認した上で
検査を依頼する同意欄

【検査内容】

部位

15. 部位（複数選択可） *

☐ 頭部

☐ 頸部

☐ 胸部

☐ 腹部

☐ 骨盤部

☐ 上肢

☐ 下肢

☐ その他

16. 検査部位及び、検査内容の詳細指示

回答を入力してください

7.検査内容の選択

→ 検査部位※

複数選択可能です。

例) ☒ 頭部

☒ 頸部

☒ 胸部

→ 検査内容詳細（任意）

自由記載欄へご入力ください。

例) 頭痛精査

脳梗塞疑い

肝腫瘍フォロー

etc..

【検査内容】

造影の有無

17. 検査方法 *

- ☐ 単純
- ☐ 造影(単純含む)

【造影確認】

18. 採血検査（3ヶ月以内） *

- ☐ 取得済み

19. 造影剤使用の同意書 *

- ☐ 取得済み

8.検査内容の選択

→ 検査方法※

- ・ 単純
- ・ 造影

どちらか該当するものを選んでください。

※造影検査の場合

造影検査を選択した場合にのみ左の項目が表示されます。

造影に関する確認事項※

次の書類が準備できているかを確認し、「取得済み」を選択してください。

- 3ヶ月以内の採血データ
- 造影剤同意書

【添付書類】

18. 必要書類 *

- ☐ 診療情報提供書(必須)
- ☐ 同意書（造影検査時）
- ☐ 血液検査結果（造影検査時）

19. 添付書類の搬送 *

PDF取り扱いが困難な際は、従来通りFAXも可能

- ☐ PDFファイルのアップロード
- ☐ FAX利用

9.必要書類の添付

※必須

- ☒ 診療情報提供書
必要時
- ☒ 造影同意書
- ☒ 血液検査結果

10.添付方法

→ ※書類のアップロード方法

外部依頼検査についてページの
「アップロードはこちら」をクリック



OneDriveのファイル要求が開きます



PDFファイルをアップロード

※患者説明書（予約票）・診療情報提供書も
同ページからダウンロードできます。

地域連携医療施設専用 CT・MRI予約フォーム
TEL予約後の予約情報登録フォームです。検査日時確定後にご入力をお願いいたします。

* 必須

【その他】

21. 患者送迎の有無

☐ 送迎あり

☐ 送迎なし

22. ご意見欄（お気づきの点やご要望等ございましたら、ご入力をお願いいたします。）

回答を入力してください

23. 送信前最終確認 *

☐ 入力内容を確認しました

戻る

送信

ページ 8/8

11.その他

→患者送迎の有無

患者送迎が必要な際は、ありにチェック

→次回診察予定

検査後の診察予定日が決まっていたら
入力してください。

→ご意見欄

外部以来検査や依頼方法など、ご意見ご
要望がございましたら入力お願いします。

→送信前確認※

全ての入力内容を確認の上、お間違い
の無いようでしたらチェックを入れて
ください。
（[戻る]を押しても入力内容は消えません。
そのため1ページ目から確認をお願いします）

12.送信※

ボタンをクリックしてください。
以上で予約送信完了となります。