

# CT / MRI 検査依頼書

○で囲んでください

記載日: 年 月 日

## 紹介医療機関

所在地

名称

TEL

FAX

医師名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

フリガナ

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様 ( 男 ・ 女 )

生年月日 (大正・昭和・平成・令和・西暦)

年 月 日 ( 歳 )

〒

住所

TEL

携帯

織本病院来院歴 有 ( 年 月頃 ) ・ 無

有の場合 当院診察券に記載のある7ケタのID ( ) ・ 不明

予約日時 年 月 日 時 分 ~

※ 予約日時は電話にて予約をした後に記載してください。

検査部位 ( )

造影  無  有

### 【共通記入項目】

腎機能障害  無  有

アレルギー  無  有

有の場合 ( )

喘息  無  有

感染症  無  有

有の場合 ( )

心臓ペースメーカー  無  有

### 【MRI 検査記入項目】

人工内耳  無  有

各種ステント  無  有

刺青等  無  有

その他、取り外せない金属類 有 ( ) ・ 無

検査目的と簡単な臨床情報

読影依頼の有無 ( 有 ・ 無 )

※ 必要事項をご記入の上、FAXしてください。

※ 検査当日は予約時間の15分前(造影CTは30分前)にはご来院頂き受付を済ませてください。

※ 来院時には、検査予約票・検査依頼書・同意書(MRI、造影CTのみ)・健康保険証・各種公費医療証・お薬手帳・診察券(当院で受診履歴のある方のみ)をご持参ください。

※ 当院での詳細な問診の結果、検査不可となる場合がありますのでご了承ください。

※ 読影無しの場合、会計時に患者様にCD-Rをお渡しします。

※ 読影有りの場合、読影結果とCD-Rと一緒に紹介医療機関へ郵送します。

医療法人財団 織本病院

TEL 042-491-2121

FAX 042-491-6654