

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 _____ ※ 保険証に記載されている正式氏名 生年月日 (大正・昭和・平成・令和・西暦) _____
患者氏名 _____ 様 (男・女) _____ 年 月 日 (_____ 歳)

〒 _____ TEL _____
住所 _____ 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

病名

検査目的と簡単な臨床情報

読影依頼の有無 (有 ・ 無)

【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

脳動脈瘤クリップ 無 有

体内電子機器 無 有

整形外科的金属 無 有

※ 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 をお渡します。

※ 読影有りの場合、読影結果と CD-R を一緒に紹介医療機関へ郵送します。

医療法人財団

きよせ旭が丘記念病院

TEL 042-491-2121

FAX 042-491-6654