

# CT・MRI検査依頼書

【予約受付時間】

平日 9:00～16:00

土曜 9:00～11:30

令和 年 月 日



医療法人 淨仁会

大泉記念病院

TEL : 0224-22-2560(地域医療連携課)

FAX : 0224-22-2580

医療法人 淨仁会 大泉記念病院

地域医療連携課 宛

【紹介元医療機関】

医療機関名 :

医師名 :

所在地 :

電話番号 : - -

FAX番号 : - -

フリガナ				<input type="checkbox"/> 男	生年	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平	年	月	日生	
患者氏名				<input type="checkbox"/> 女	月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 令		(満	歳)	
住	(〒 - )			電話番号	- -					
所										
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	当院ID								
検査区分	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRI	造影区分	※単純	読影依頼	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない				
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部( )			<input type="checkbox"/> 脊椎( 頸・胸・腰・仙 )						
	<input type="checkbox"/> 頸部( )			<input type="checkbox"/> ひざ( 右・左 )						
	<input type="checkbox"/> 胸部( )			<input type="checkbox"/> 肩( 右・左 )						
	<input type="checkbox"/> 上腹部( 肝・胆・膵 )			<input type="checkbox"/> 四肢( 右・左 )						
	<input type="checkbox"/> 腎臓( )			<input type="checkbox"/> その他(部位: )						
	<input type="checkbox"/> 骨盤腔( )									
臨床診断名										
検査目的										
検査前 チェック	心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	人工骨頭	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有						
	人工内耳	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	手術歴	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有						
	脳動脈クリップ	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	妊娠(妊娠の可能性)	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有						
	冠動脈ステント	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	入墨(タトゥー)	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有						
	鼓室形成術	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有						
	義眼	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	その他	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有						
	義歯	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有								
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )									
移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 当院救急車依頼 (医療機関からのみ)									
検査 希望日	<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/> 希望無し <input type="checkbox"/> 至急 (お問合せ下さい)									

※ ご予約の際は、この用紙をFAXした後当院地域医療連携課までお電話下さい。

※ 検査用カルテを作成致しますので、健康保険証のコピー(あればお薬手帳のコピーも)併せてFAX願います。

※ 撮影時間帯は平日午後、土曜午前となります。(緊急時はお問い合わせ下さい)

※ CD-ROMは、特に指定が無い場合は患者様にお渡しします。