MRI / CT検査依頼書兼予約票

高田上谷病院　放射線科　FAX：078-903-6269

平成　　年　　月　　日

貴院の名称	
所　在　地	
電話番号	
FAX　番　号	
医　師　名	

（フリガナ）		男・女	明・大 昭・平	年　　月　　日（満　　歳）
患者氏名	様			

画像受渡し	□ 本人手渡し　□ 郵送　→郵送先　依頼元医療機関・それ以外（　　）
読影レポート	□ FAX　□ 郵送　→郵送先　依頼元医療機関・それ以外（　　）

【MRI】 検査事前チェックリストの記入をお願いします	【CT】
□ 頭部ルーチン　□ 頭部MRA　□ 頚部MRA	□ 頭部ルーチン［□ Bone　□ Thin スライス ］　□ 顔面
□ 頚部	□ 頚部
□ 胸部	□ 胸部　［□ 肺野　□ 縦隔　□ その他（　　）］
□ 腹部	□ 腹部　［□ 上腹部　□ 全腹部　□ その他（　　）］
□ 骨盤	□ 脊椎
□ 脊椎	［□ 頚椎　□ 胸椎　□ 腰椎　□ 仙尾椎 ］
［□ 頚椎　□ 胸椎　□ 腰椎　□ 仙尾椎 ］	□ 四肢関節（　　）
□ 四肢関節（　　）	□ CTアンギオ
□ その他	［□ 脳血管　□ 頚部血管　□ 冠動脈　□ 大動脈　□ 下肢血管 ］
（　　）	□ その他（　　）

□単純 ・ □造影

身長　　cm・体重　　kg・アレルギー・　喘息（＋・－）・妊娠（＋・－）
血清クレアチニン値　　mg/dl　　※クレアチニン値 1.5 以上は造影不可

臨床診断 ・ 現病歴 ・ 検査目的 ・ 検査データ　他	検査の指示

検査希望日時	月　日 時	月　日 時	月　日 時	都合の悪い日	

予　約　票（当院記入欄↓）

検査予約時間の30分前＿＿月＿＿日（＿＿）＿＿時＿＿分に病院受付までお越しください。

持参して頂くもの	□MRI / CT検査依頼書兼予約票 □保険証、各種医療証 □当院の診察券（お持ちの方のみ） □検査費用 □診療情報提供書（紹介状） □MRI検査問診票 →MRI検査・MRI造影検査のみ持参 □造影剤使用のための問診票 →CT造影・MRI造影検査のみ持参

連　絡　先	高田上谷病院　病院受付・放射線科（078）903-3333