

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

令和 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	大・昭	
患者氏名	様	女	平・令	年 月 日 (満 歳)

画像受渡し	<input type="checkbox"/> 本人手渡し	<input type="checkbox"/> 郵送	→郵送先 依頼元医療機関・それ以外 ()
読影レポート	<input type="checkbox"/> FAX	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 頭部ルーチン <input type="checkbox"/> 頭部MRA <input type="checkbox"/> 頸部MRA <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 脊椎 [<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙尾椎] <input type="checkbox"/> 四肢関節 () <input type="checkbox"/> その他 ()	【CT】 <input type="checkbox"/> 頭部ルーチン [<input type="checkbox"/> Bone <input type="checkbox"/> Thin スライス] <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 [<input type="checkbox"/> 肺野 <input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> その他 ()] <input type="checkbox"/> 腹部 [<input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 全腹部 <input type="checkbox"/> その他 ()] <input type="checkbox"/> 脊椎 [<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙尾椎] <input type="checkbox"/> 四肢関節 () <input type="checkbox"/> CTアンギオ [<input type="checkbox"/> 脳血管 <input type="checkbox"/> 頸部血管 <input type="checkbox"/> 冠動脈 <input type="checkbox"/> 大動脈 <input type="checkbox"/> 下肢血管] <input type="checkbox"/> その他 ()
---	---

<input type="checkbox"/> 単純 ・ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> MRI / CT検査依頼書兼予約票 <input type="checkbox"/> 保険証、各種医療証 <input type="checkbox"/> 当院の診察券(お持ちの方のみ) <input type="checkbox"/> 検査費用 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書(紹介状)	<input type="checkbox"/> MRI検査問診票 →MRI検査・MRI造影検査のみ持参 <input type="checkbox"/> 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