

MRI・CT検査依頼書

申込日 年 月 日

社会医療法人社団 順心会 順心病院
 (地域連携室)
 電話番号：(079)437-5857
 FAX番号：(079)437-3157

予約受付時間
 平日 9:00～16:00
 (土/日/祝日除く)

医療機関名：

所在地：

診療科：

医師名：

電話番号：

FAX番号：

| | |
|-------|-------------------------|
| 氏名 | フリガナ |
| 生年月日 | T・S・H・R 年 月 日 ()歳 男・女 |
| 検査希望日 | 第1希望日 年 月 日 (曜日) 午前/午後 |
| | 第2希望日 年 月 日 (曜日) 午前/午後 |

※ MRI検査は(火)(木)(金)の14:20か14:40になります

《頭部MRI検査は(金)のみ》

※ CT検査は(月)・(水)13:00～16:00 (火)・(木)・(金)9:00～16:00の間
 のご案内になります

| | |
|------------------------------------|---|
| 臨床診断名 | 手術歴 |
| 現病歴 | |
| 検査目的 | |
| <input type="checkbox"/> CT | <input type="checkbox"/> 単純部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 |
| <input type="checkbox"/> MRI | <input type="checkbox"/> 単純部位 <input type="checkbox"/> 頭部(金曜日のみ) <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腰部 閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 暗所恐怖症 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 体内金属 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| | ※体内金属ありの場合：スクリーニングシートA項目は当院対応不可。 * 依頼医師の許可サインが必要です。 MRI検査依頼時、依頼書とスクリーニングシート(B項目のチェックと署名済)をFAX送信お願いいたします。 確認後、予約票をFAX送信いたします。 * 当日検査前、体内金属あり、が判明し、依頼医に確認できない場合は検査できません。ご理解ご協力のほどよろしくお願いいたします。 |
| 診察ご希望の場合はご予約ではなく紹介状持参の上、受診をお願いします。 | |
| 検査結果 | <input type="checkbox"/> 不要 / <input type="checkbox"/> 要 : <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> 所見用紙 <input type="checkbox"/> 地域連携BOX |

依頼書太枠内を全てご記入ください。

以前検査を受け画像所見等ある場合は、当日患者様にご持参いただきますようお願い致します。

安静を保つ為、麻酔・鎮静が必要な方はご連絡ください。

検査画像(所見、CD-R)につきましては、患者様へお渡し致します。

ご紹介頂きありがとうございました。