

# けいなん総合病院

**検査依頼 兼 紹介状**

**FAX送付票 (医療機関用)**

申込日

紹介元 医療機関名		担当医師		電話番号	
フリガナ		生年月日		( ) 歳	
氏 名				性別	
住 所				電話番号	
検査日時		月 日 ( 曜日)	午前・午後	時 分	
予約検査  (検査名・部位に○をつけてください)	<b>CT</b>	<b>単純・造影・単純+造影</b>			
	頭 部 (頭蓋内・顔面・中内耳 上・下顎) ・ 頸 部 胸 部 ・ 腹 部 ・ 骨盤腔 ・ 椎体 (頸椎・胸椎・腰椎・仙椎尾 四肢 ( ) ・ その他 ( )				
	<b>MRI</b>	<b>単純・造影・単純+造影</b>		<b>身長</b> cm	<b>体重</b> kg
	頭部・頸部・乳腺・縦隔・腹部(肝・胆嚢・膵臓MRCP / 腎臓) 骨盤腔(子宮、卵巣 / 前立腺、膀胱)・股関節・頸椎・胸椎・腰椎・仙椎 四肢 ( ) その他 ( )				
造影剤使用時	腎機能障害 有 ・ 無 有の場合 (クレアチニン値 ) ※ (患者様の状態により、造影剤使用の可否につきましては当院の医師に一任願います)				
検査目的					
次の項目について確認 願います	体内金属	有 ・ 無	ペースメーカー	有 ・ 無	
	止血クリップ	有 ・ 無	気管支喘息	有 ・ 無	
	重傷不整脈	有 ・ 無	妊娠中または可能性	有 ・ 無	
検査報告書	有 ・ 無				