

けいなん総合病院

CT・MRI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		依頼医師	
		電 話	

受診者

住 所			電 話	
フリガナ		男	生年月日	(歳)
氏 名		女	身長	cm / 体重 kg
造影検査を希望の場合のみ、3カ月以内のクレアチニン値をお書きください。クレアチニン値： mg/dL ※患者様の状態により、造影剤使用の可否については当院の医師に一任願います。				

検査日時

年	月	日 (曜日)	午前・午後	時	分
---	---	---------	-------	---	---

CT

検査方法・検査報告書・依頼部位に☑を入れてください

検査方法	☐ 単純	☐ 単純+造影	☐ 造影	検査報告書	☐ 有	☐ 無
☐ 頭部	☐ 頸部	☐ 胸部	☐ 腹部	☐ 骨盤腔		
☐ 頸椎	☐ 胸椎	☐ 腰椎	☐ その他	()		

MRI

検査方法・検査報告書・依頼部位に☑を入れてください

検査方法	☐ 単純	☐ 単純+造影	☐ 造影	検査報告書	☐ 有	☐ 無
☐ 脳ルーチン	☐ 認知症ルーチン	☐ MRCP	☐ 肝胆膵脾	☐ 腎臓		
☐ 子宮・卵巣	☐ 前立腺	☐ 頸椎	☐ 胸椎	☐ 腰椎		
☐ その他	()					
MRI禁忌事項 ☐ 全て無いことを確認 下記MRI禁忌事項が無いことを確認し☑を入れてください						
心臓ペースメーカー	植込み型除細動器	磁性体心臓人工弁	植込み型心電用データレコーダ			
神経刺激装置	インスリンポンプ	持続血糖値測定装置	人工内耳・人工中耳			
VPシャント	磁力式義眼	磁性体脳動脈瘤クリップ・コイル				
その他の注意事項 体内金属 無・有 入れ墨・タトゥー 無・有 閉所恐怖症 無・有 妊娠 無・有						

検査目的

--

【検査の申し込み】 地域連携センター 電話：0255-72-3161 FAX：0255-72-3175