

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・女	生年月日
氏名			() 歳
		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	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 単純+造影	<input type="checkbox"/> 造影	検査報告書	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input checked="" type="checkbox"/> 骨盤腔		
<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 単純+造影	<input type="checkbox"/> 造影	検査報告書	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 脳ルーチン	<input type="checkbox"/> 認知症ルーチン	<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 肝胆膵脾	<input type="checkbox"/> 腎臓		
<input type="checkbox"/> 子宮・卵巣	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎		
<input type="checkbox"/> 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	磁気式義眼	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

--