

MRI・CT検査申込書 (診療情報提供書)

FAX : 03-3557-2008

令和 年 月 日

紹介元医療機関名称

ご担当医師名

下記、患者様の検査予約をお取りしました。
事前準備を致しますので、お手数ですが必要事項をご記入の上、上記FAX番号へ送信をお願い致します。
「検査案内書」につきましては患者様にお渡しください。
またこちらの用紙につきましてはFAX送信後、貴院控えとして保管してください。

フリガナ		
患者氏名	性別：M・F 生年月日： 年 月 日 (歳)	
患者住所		
電話番号 — —		
検査日時 月 日 AM・PM 時 分 より		
検査項目 MRI ・ CT	MRI検査前チェック 下記事項の <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします	
検査部位	※下記5項目絶対禁忌です	
紹介目的 (疑い病名等)	心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	義眼・義歯 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	人工内耳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	人工関節 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	人工心臓弁 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	脳動脈瘤クリップ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	入れ墨 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	神経刺激装置 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	妊娠 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
その他留意事項	感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
報告書 : <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	画像コピー : <input checked="" type="checkbox"/> CD-R	

保険証 (※1)	保険 (本人・家族) (割)			公費 (割)		
	保険者番号	記号・番号	有効期限	公費受給者番号	公費負担者番号	一部負担金免除
						有・無

(※1) 保険証情報の記入は任意です。

医療法人浩生会スズキ病院 放射線科

TEL : 03-3557-2001 (代表)

①医療機関控