

CT・MRI 検査予約依頼票

FAX 送信・病院提出用

東京北社会保険病院 地域医療連携室 あて

平成 年 月 日

医療機関名

御住所

電話

FAX

御担当医

フリガナ
患者様氏名

_____ 様 男 ・ 女

生年月日 明 大 昭 平 年 月 日生 () 歳

当院の診察券番号 有 () ・ 無

希望検査日時 年 月 日 午前・午後 時 分頃

当日の受付については、準備の都合上検査時間の 30 分前まで必ずお済ませください。

造影剤使用の検査・腹部、骨盤部の検査の際は、食事止めをお願いします。

主訴及び臨床所見・経過をご記入ください。

HBs-Ag (+) (-) HCV (+) (-)

気管支喘息 有 ・ 無 気管支喘息の方は造影検査が出来ませんのでご了承ください。

ヨードアレルギー 有 ・ 無 その他 アレルギー ()

腎機能 Cr () BUN ()

ご依頼検査 (項目の にチェックをお願いいたします。)

同一患者様で同一日に、CT 検査と MRI 検査は出来ませんのでご了承ください。

CT 検査 造影剤使用 有 ・ 無

検査目的【 _____ 】

頭部 胸部 腹部 骨盤部 その他の部位 ()

MRI 検査 造影剤使用 有 ・ 無

検査目的【 _____ 】

頭部 頭部 MRA 腹部 MRCP 骨盤部

脊椎 (頸椎 胸椎 腰椎)

四肢 (肩 膝 その他)

その他の部位 ()

東京北社会保険病院 地域医療連携室

受付時間 平日 8:45 ~ 16:30 土曜日 8:45 ~ 12:00

直通 TEL03 - 5963 - 3421 FAX 03-5963-3313