

年 月 日

加茂病院 CT・MRI 検査申込書

依頼先

加茂病院 地域医療連携室 行

TEL 0256 (52) 0050 (直通)
FAX 0256 (52) 0776 (直通)

【FAX受付時間 月～金 8:30～16:45】

紹介元

医療機関名

担当医氏名

TEL ()

FAX ()

連絡担当者

検査希望日	年	月	日 ()	※MRIは午後のみ検査となります。
	(備考欄)			
当院受診歴	有・無	患者さんが待合室で <input type="checkbox"/> 待っている ・ <input type="checkbox"/> 待っていない		

フリガナ		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	男・女
患者氏名				
住 所				
電話番号	装置の故障等により撮影できない場合、直接連絡させていただくことがあります。			
	自宅	その他の連絡先		

主訴・検査目的				
CT 撮影部位 ご希望の部位に ○をつけて ください ※複数ある場合、 検査日を分けさせ ていただきます	頭頸部	頭部 その他 ()	顔面	頸部
	脊 椎	頸椎	胸椎	腰椎
	体幹部	胸部 その他 ()	腹部	骨盤部
	四肢関節	肩 (L・R) 肘 (L・R) 手 (L・R) 股関節 (L・R) 膝 (L・R) 足 (L・R)		
	その他	上記以外 ()		
読 影	<input type="checkbox"/> 希望する ・ <input type="checkbox"/> 希望しない			

MRI 撮影部位 ご希望の部位に ○をつけて ください ※複数ある場合、 検査日を分けさせ ていただきます	頭頸部	脳 その他 ()	脳+頭部MRA	脳+頭頸部MRA
	脊 椎	頸椎	胸椎	腰椎
	胸腹部	MRCP	肝臓	胆嚢 膵臓 腎臓
	骨盤部	子宮	卵巣	膀胱 前立腺
	四肢関節	肩 (L・R) 肘 (L・R) 手 (L・R) 股 (L・R) 膝 (L・R) 足 (L・R)		
その他	軟部腫瘍 () 上記以外 ()			
造影	有・無	造影検査を希望される場合は、当院にて造影検査の同意書にご承諾いただいてからの検査になります。		
読 影	<input type="checkbox"/> 希望する ・ <input type="checkbox"/> 希望しない			

※MRIについて造影をご希望された場合、血液データを必ずご提出くださいますようお願いいたします。
過去3ヶ月以内の血清クレアチニン値もしくはeGFRを下欄にご記入ください。
尚、データがない場合は検査日までにご提出くださいますようお願いいたします。
(上記の当院地域医療連携室へ別途ご連絡ください。)

血清クレアチニン値 mg/dl または eGFR ml/分/1.73m²