

MRI・CT検査依頼書

申込日 年 月 日

社会医療法人社団 順心会 順心病院
(地域連携室)
電話番号：(079) 437-5857
FAX番号：(079) 437-3157

予約受付時間
平日 9:00～16:00
(土/日/祝日除く)

医療機関名：

所在地：

診療科：

医師名：

電話番号：

FAX番号：

氏名	フリガナ				
生年月日	T・S・H・R	年	月	日	()歳 男・女
検査希望日	第1希望日	年	月	日	(曜日) 午前/午後
	第2希望日	年	月	日	(曜日) 午前/午後

※ MRI検査は(火)(木)(金)の14:20か14:40になります

※ CT検査は(月)・(水)13:00～16:00 (火)・(木)・(金)9:00～16:00の間
でのご案内になります

臨床診断名		手術歴	
現病歴			
検査目的			
☐ CT	☐ 単純部位 ☐ 頭部 ☐ 胸部 ☐ 腹部		
☐ MRI	☐ 単純部位 ☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 腰部 閉所恐怖症 ☐ あり ☐ なし 暗所恐怖症 ☐ あり ☐ なし 体内金属 ☐ あり ☐ なし		
	※体内金属ありの場合：スクリーニングシートA項目は当院対応不可。 * 依頼医師の許可サインが必要です。 MRI検査依頼時、依頼書とスクリーニングシート(B項目のチェックと署名済)をFAX送信お願いいたします。 確認後、予約票をFAX送信いたします。 * 当日検査前、体内金属あり、が判明し、依頼医に確認できない場合は検査できません。ご理解ご協力のほどよろしくお願いいたします。		
診察ご希望の場合はご予約ではなく紹介状持参の上、受診をお願いします。			
検査結果	☐ 不要 / ☐ 要 : ☐ CD-R ☐ 所見用紙 ☐ 地域連携BOX		

依頼書太枠内を全てご記入ください。
以前検査を受け画像所見等ある場合は、当日患者様にご持参いただきますようお願い致します。
安静を保つ為、麻酔・鎮静が必要な方はご連絡ください。
検査画像(所見、CD-R)につきましては、患者様へお渡し致します。
ご紹介頂きありがとうございました。