FAX 26−5156

医療機関⇒荘内病院

荘内病院 CT・MRI検査（機器共同利用）依頼書（FAX用）

平成　　年　　月　　日

※FAX予約は平日の17:00までの受付した分で、
それ以降は翌日のお返事となります。

医療機関名

医師名

電話　　FAX

当院ID番号

◎太線の枠の中をご記入ください。

氏　名	フリガナ 様	男 女	生年月日	明・大・昭・平 年　月　日（　才）
住　所	〒　　－ （電　話　　）			
検査予約希望日	第1希望日　月　日（　）	第2希望日　月　日（　）		
	第3希望日　月　日（　）	※MRIは月曜日・CTは水・金曜日の3時からとなります。		

予約検査　依頼検査に☑をつけてください。　（特別な事情がない限り読影を行います）

CT（水・金）	□頭部	□頭頸部	□胸部	□腹部	□骨盤	□脊椎
	□胸腹部	□胸部～骨盤	□上肢	□下肢	□その他（　　）	
MRI（月）	□頭部	□頭頸部	□胸部	□腹部	□骨盤	
	□脊椎	□上肢	□下肢	□その他（　　）		

MRIを希望する場合は必ずチェック欄をご記入ください	・ペースメーカー	□なし　□あり	・入れ墨	□なし　□あり
	・心臓人工弁	□なし　□あり	・大動脈ステント	□なし　□あり
	・脳動脈瘤クリップ	□なし　□あり（実施月日　年　月）		
	・体内金属	□なし　□あり（人工骨頭、関節、手術用クリップ、入れ歯　等）		

●撮像方法を決定するために、患者様の**症状**や**検査データ**、**検査目的**などを下の欄に御記入ください。
●必要に応じて、同意書を得た上で造影剤を使用しますので、3ヶ月以内の**血清クレアチニン（Cre）値**を記載してください。（plain のみでよい場合は必要ありません。）
●**診療情報提供書は、検査当日に患者さんに持参させてください。**
（場合によっては、事前に診療情報提供書をFAXしていただくことがありますのでご了解ください。）

血清Cre値　　mg/dl

＊ご依頼医療機関様からFAX受理後、当院から予約票をFAXしますので患者さんにお渡しください。
＊当院が初めての場合は、カルテをお作りする都合上、時間がかかる場合があります。ご了承ください。

※紹介予約日　　月　　日（　）　時　分　地域医療連携室で記入

H25. 12