

CT ／ MRI 検査依頼書

○で囲んでください

記載日： 年 月 日

紹介医療機関

所在地

名 称

TEL

FAX

医師名

印

フリガナ	※ 保険証に記載されている正式氏名	生年月日（大正・昭和・平成・令和・西暦）
患者氏名	様（男・女）	年 月 日（歳）
〒	TEL	
住所	携帯	

織本病院来院歴 有（ 年 月頃）・無

有の場合 当院診察券に記載のある7ケタのID()・不明

予約日時 年 月 日 時 分～

※ 予約日時は電話にて予約をした後に記載してください。

検査部位（ ）	病名
造影 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	
【共通記入項目】	
腎機能障害 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	検査目的と簡単な臨床情報
アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	
有の場合()	
喘息 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	
感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	
有の場合()	
心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	読影依頼の有無（有・無）

【MRI 検査記入項目】

人工内耳 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	脳動脈瘤クリップ <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有
各種ステント <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	体内電子機器 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有
刺青等 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	整形外科的金属 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有
その他、取り外せない金属類 有()	）・無

※ 必要事項をご記入の上、FAXしてください。

※ 検査当日は予約時間の15分前(造影 CT は30分前)にはご来院頂き受付を済ませてください。

※ 来院時には、検査予約票・検査依頼書・同意書(MRI、造影 CT のみ)・健康保険証・各種公費医療証・お薬手帳・診察券(当院で受診履歴のある方のみ)をご持参ください。

※ 当院での詳細な問診の結果、検査不可となる場合がありますのでご了承ください。 医療法人財団 織本病院

※ 読影無しの場合、会計時に患者様に CD-R をお渡しします。

※ 読影有りの場合、読影結果と CD-R を一緒に紹介医療機関へ郵送します。

TEL 042-491-2121

FAX 042-491-6654