聖光ヶ丘病院 検査課 行
FAX 04-7171-2038

CT・MRI 検査依頼書（診療情報提供書）

お申込日 平成 年 月 日

紹介元	医療機関名	
	ご担当医名	
	連絡先	TEL FAX

□ 当日（希望時間 午前・午後 時 / 時間希望なし ）
□ 通常（希望日 月 日 午前・午後 時 分）

フリカナ	性 別	身 長	体 重
患者氏名	男 ・ 女	cm	kg

生年月日 年 齢	大正・昭和・平成 ＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日 生 ＿＿＿才

○をつけてください CT 検査 MRI 検査 X 線検査
※MRI 検査は、記入済み同意書も一緒にお送りください

検査部位（○をつけてください）
頭部 頚部 胸部 腹部（肝・胆・膵） 腎臓 骨盤腔
脊椎（頚・胸・腰・仙） 股関節（右・左） 膝（右・左）
肩（右・左） 四肢 その他（ ）

MRI 検査のときは、以下の体内金属・禁忌事項の有無の確認を行い、記入して下さい。
□ペースメーカー □人工骨頭 □ワイヤー縫合 □鼓室形成 □避妊リング □補聴器使用 □人工心臓弁
□ニトロダーム TTS □V-P シャント □気管カニョーレ □広範囲な入墨 □動脈瘤クリップ □義眼
□はり治療用埋状針 □流散弾片 □骨接合用プレート・ネジ・ピン等 □妊娠 □閉所恐怖症 □インプラント
□体内ステント（手術後 8 週以内） □腹部手術歴あり（ ）
全てなし □

検査目的

読影レポート・・・ 必要 不要 （検査結果画像は CD-ROM となります）

検査受付印	医事課印	カルテ ID
/	/	

お問合せ先：
検査課 TEL 04-7171-2381