



聖光ヶ丘病院 検査課 行

FAX 04-7171-2038

CT・MRI・X線検査依頼書（診療情報提供書）

お申込日 令和 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 月 日 生 才
 大正・昭和・平成 _____年____月____日

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（〇をつけてください）

頭部 頸部 胸部 腹部（肝・胆・膵） 腎臓 骨盤腔
 脊椎（頸・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 シェント 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 〕 結果お渡し方法〔 郵送 ・ 患者さんに手渡し 〕
 ※検査結果画像は CD-ROM です。患者さんに結果をお渡しする場合は 1 時間以上お待ち頂くことがあります。

検査受付印	医事課印	カルテ ID
/	/	

お問い合わせ先：
 検査課 TEL 04-7171-2381