

# CT・MRI 検査申込書

ご紹介くださる医療機関様へ … CT・MRI検査の電話予約後に下記の太線内の項目を記入の上  
F A Xにてお申込下さい。

TEL … 080-4009-5710

FAX … 046-221-5309

フリガナ	性別		生年月日			
患者名	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	歳
住所	TEL					
保険者番号	記号	番号	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族			
紹介医療機関	紹介医名					
紹介医療機関電話番号						

下記の項目は、ご紹介くださる先生がご記入下さい。

検査日時	令和	年	月	日	( )	時	分
撮影部位	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上肢	<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 下肢	<input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> その他 ( )
撮影範囲							
病名							
保険適用	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有					
検査目的							
読影の希望	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	※ 読影は日・祝日を除いた3営業日以内に完了します。 結果のお渡し方法をご相談下さい。				
①手術歴の有無。	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	⑤30分程度の体勢保持	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可		
②体内金属の有無。	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	⑥閉所恐怖症の有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
③ペースメーカーの有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	⑦妊娠の有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
④ICDの有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	※ ③ペースメーカーはMRI不可 ④ICDはCT・MRI不可				

※ ※検査当日は、必ず保険証を持参して下さい。

※ 腹部検査の方で午前検査の方は朝食を、午後検査の方は昼食をとらないで下さい。

当院記入欄

ID

会計	読影結果送付完了		
	年	月	日
担当者	:		