

紀南病院 CT・MRI申込書(画像のみ)

申 込 日	平成 年 月 日		
医療機関名			
患 者 氏 名	様 M・T・S・H 年 月 日生		
希 望 検 査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI		
撮 影 部 位			
造 影 剤	必要		不要
画像 CD-R(無料)	必要		不要
紀南病院にかかった ことがありますか	ある	ない	不明
撮 影 希 望 日 時	第 1 希 望	年 月 日 AM PM	時 分頃
	第 2 希 望	年 月 日 AM PM	時 分頃
	第 3 希 望	年 月 日 AM PM	時 分頃

申込先：紀南病院地域連携室 FAX 05979-3-1301

〒519-5293 三重県御浜町阿田和 4750 直通 TEL 05979-2-0500

紀南病院使用欄(結果送信欄)

様の撮影日は

平成 年 月 日()午前・午後 時 分からです。

食事は <食べて来て良い 朝食べない 昼食べない> です。

*患者様にお願いします

予約の30分前までには来院されますようお願いいたします。外来総合受付にて「検査依頼書」封筒、健康保険証、老人医療証、紀南病院診察券(お持ちの方)を提示してください。係りの職員が検査室までご案内しますので、総合受付前で座ってお待ちください(トイレを済ませておいてください)。

予約日時に来られなくなった場合は、紀南病院地域連携室：電話 05979-2-0500 または 05979-2-1333 (代)までご連絡ください。

CT・MRI 検査紹介状 <紀南病院用>

検査日時 年 月 日 () 時 分

(紀南病院カルテNo.)

希望検査名 CT MRI

患者氏名

生年月日 M・T・S・H 年 月 日 (歳)

依頼元医療機関名

検査部位に☑

- 脳
- 下垂体のみ
- 内耳
- 眼窩
- 副鼻腔

- 脊椎
- 頸椎
- 胸椎
- 腰椎
- (番中心)

- 頸部
- 胸部 (肺・縦隔)
- 腹部 (肝・脾・胆・膵)
- 腎 (左・右・両)
- MRCP
- 骨盤部

- 四肢・関節
- 顎・肩・肘・手・股・
- 膝・()
- 【 左 ・ 右 】

撮影方法に☑

- 単純のみ
- 単純+造影
- MRA
- その他
- ()

臨床診断名

臨床経過・既往歴・検査目的

- ◎MRI 検査前チェック
(該当事項に☑)
- 心臓ペースメーカー
(絶対禁忌事項)
 - 手術による体内金属
 - 閉所恐怖症・緊張症
 - 妊娠中・直後
 - 入れ墨
 - その他
 - ()