

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。

C T ・ M R I 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 N o .)

希望検査名 C T M R I

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)

M R C P

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
- ボーラス C T
- アンギオ C T
- M R A
- その他

()

臨床診断名

臨床経過 ・ 既往歴 ・ 検査目的

◎ M R I 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

()

紀南病院 地域連携室 TEL 05979-2-1333(代) FAX 05979-3-1301

〒519-5293 三重県南牟婁郡御浜町阿田和 4750