**山形県立中央病院　放射線科依頼　ＣＴ，ＭＲＩ，ＲＩ　検査申込書**

**以下の項目を記入して患者サポートセンターにFAX( 023-685-2606 )してください**

令和　　　年　　　月　 　日

山形県立中央病院

患者サポートセンター(地域医療部)　宛

≪TEL　023-685-2618≫　 　　　　 　医療機関名：

≪FAX 023-685-2606≫　 　　　　 　 [診療科名： 　　 　　　　 　 　　 　 ]

　 　　　 医 師 名：

T E L：

F A X：

ｗ

フリガナ

**患者様　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　男　　□　女**

**生年月日　明　大　昭　平　令　　　　年　　　月　　 　日　（　　　　歳）**

**住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ：　　 －　　－**

山形県立中央病院受診歴　　□　あり　□　なし　 診察券番号　　　　－　　　－

**※当院に初来院の場合は保険証のコピーもＦＡＸお願いします。**

放射線科受診歴　　□　あり　　□　なし

**依頼検査項目**

□　**CT**  ( 部位：　　　　　　　　　　　　　　)

□　**MRI**  ( 部位：　　　　　　　　　　　　　　)

**(注)ペースメーカー、磁性体脳動脈瘤クリップ、大動脈ボール弁、大動脈ステント**

**の患者様は検査できません.**

□　**RI**  ( 検査の種類：　　　　　　　　　　　　　)

**希望日：　　　　　　月　　　　　日頃　　　　 　あるいは　　　 　日以内**

**都合の悪い日があれば、記入してください：**

検査方法や日時を決定する上で重要ですので、患者様の症状や検査データ、検査の目的などを必ず

下の欄にご記入ください。また、CTとMRIでは患者様の了解を得た上で必要に応じて造影剤を使用

する予定ですが、造影剤の使用を希望されない場合はご記入ください。

* また、腎機能が低下している場合は造影剤を使用できないことがありますので、４か月以内のクレア

チニン値をご記入下さい。後日データがでる場合は、検査予約日の３日前までにクレアチニン値をFAX

下さるようお願いいたします。

クレアチニン値（　　　㎎/㎗）　　　年　　月　　日検査

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（R3.5）