

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地域医療部に FAX (023-685-2606) してください

山形県立中央病院

平成 年 月 日

地域医療部 宛

【FAX 023-685-2606】

医療機関名： _____

【TEL 023-685-2618】

[診療科名： _____]

医師名： _____

TEL： _____

FAX： _____

患者様 ^{フリガナ}氏名 _____ 男 女

患者様 生年月日 明大昭平 _____年 _____月 _____日 (_____歳)

患者様 住所 _____ TEL： _____

山形県立中央病院受診歴 あり なし 診察券番号 _____

放射線科受診歴 あり なし

保険証番号 _____ 記号 番号 _____ 本人 家族

有効期限 _____

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あわせてご記入ください。