

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》

《FAX 023-685-2606》

医療機関名： _____

[診療科名： _____]

医師名： _____

TEL： _____

FAX： _____

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 (_____ mg/dℓ) _____ 年 _____ 月 _____ 日検査