診療情報提供書兼検査依頼書

年　月　日

協和会病院　放射線科
病診連携室　行
電　　話：06－6339－3455
直通電話：06－6339－3377
（放射線科受付）
ＦＡＸ：06－6339－3377

【紹介元医療機関】
医療機関名
医師名
住所
電話
ＦＡＸ

【傷病名】

【　　】

【予約検査名】

○MRI検査　【 頭部 ・頸椎 ・胸椎 ・腰椎 ・膝関節（ 右 ・左 ）・MRA ・その他（　　）】

MRI検査チェック

□ 人工内耳、神経刺激器、可動式義眼　無し　　□MRI非対応または除細動器付きペースメーカー　無し
□ 可変バルブ式シャント、スワンガンツカテーテル　無し　　□ 内視鏡クリップ　無し

※MRI対応ペースメーカー装着者は、循環器内科の受診が必要です。（地域連携室へ御連絡ください）

○CT検査　【 頭部 ・ 頸部 ・ 胸部 ・ 上腹部 ・ 骨盤部 ・ 四肢 ・ その他（　　）】
（ MPR ・ 3D ）

※除細動器付きペースメーカーは、循環器内科の受診が必要です。（地域連携室へ御連絡ください）

○骨密度検査【 DEXA（腰椎･股関節）・ CM（踵）】

★紹介目的、具体的な検査指示

{　　}

注)MRI、CTでの造影検査は、事前に外来受診が必要となります。地域連携室にお問い合わせください。

【希望検査日時】

年　月　日（　）　AM　：　・　PM　：

ふりがな			保険者番号									
名前			記号番号									
生年月日	明・大・昭・平　年　月　日		続柄	本人・家族	被保険者							
性別	男・女	年齢　歳										
住所			公費									
電話	（　）　－		負担割合（　割）　一部負担助成（有・無）									

※患者様の情報が必要になりますので、TELにて検査予約終了後、FAXをお願いします