

放射線科検査依頼書

西暦 年 月 日

協和会病院 放射線科 行
放射線科窓口：06-6339-3377
(FAX: 06-6339-3377)
地域連携室：06-6339-0909

【紹介元医療機関】
医療機関名
医師名
住所
電話
FAX

ふりがな		性別	男 ・ 女
名前		住所	
生年月日	西暦 年 月 日	電話	() -
年齢	歳	保険	国保(後期) ・ 社保 ・ 生保 ・ 自賠 ・ 労災

【希望検査日時】

西暦 年 月 日 (時 分)

【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()】

体内金属チェック

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)】

【傷病名】

【 】

★検査目的、具体的な指示内容

()

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。

注)MRI検査において未成年の場合は、保護者との来院をお願いしております。

※検査予約確定後、こちらの用紙でFAXをお願いいたします(放射線科窓口)