

検査種類

 CT MRI

紹介状

(紹介先) 医療法人 聖心会 南古谷病院

埼玉県川越市久下戸110

049-235-8633 (MRI室直通)

申込日	年	月	日
検査予定 日 時	年	月	日 分

(フリガナ)	性別	医療機関名(紹介元)
お名前	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	病院・医院 クリニック
生年月日	年 月 日 才	科 先生
住所	カルテ記載に同じ	連絡TEL ()
緊急連絡先	()	連絡FAX ()

報告書	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	画像はCD-Rでお渡し致します	妊娠チェック	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	()ヶ月	<input type="checkbox"/> 不明
心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		造影剤副作用の既往	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	種類()	<input type="checkbox"/> 検査未実施
手術歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	手術部位()	喘息の既往	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	() 才	<input type="checkbox"/> 不明
体内金属	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部位 ()	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	MRSA · HA · HB · HC · 疣癩	
		材質 ()			その他 ()	<input type="checkbox"/> 検査未実施
針治療(留置針)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	材質 ()	身長()cm 体重()Kg	※必ず記入ください		

※ 全身の金属(磁性体・非磁性体)の有無のチェックを厳重にお願いします。

上記に「有」の患者さんは検査ができないことがあります。

検査部位 単純 造影 脳 頸部(甲状腺等) 脊髄 頸 胸 腰 仙尾骨 聴器 胸部 骨盤() 下垂体 腹部(肝・胆・脾・脾) 四肢()(EOB Gd) 顔面(副鼻腔等) 後腹膜(腎・副腎) その他()

臨床診断名(疑い含む)

症状・臨床経過、関連検査所見 及び 検査目的