

診療情報提供書(MRI・CT依頼用)

年 月 日

三浦市立病院

・FAX 046-881-7527 ・TEL 046-882-2111

検査日 月 日 () 時 分

紹介元医療機関名

所在地

医師名

TEL

FAX

— —

— —

フリガナ		・三浦市立病院 受診歴 (有・無・不詳)
患者氏名	男女	T・S・H・R 年 月 日生 (歳)
住 所		TEL — —

検査項目	MRI CT その他 ()
病名(主訴) 臨床診断 主治医コメント	
読影依頼 (有・無)	検査データ (フィルム・CD-R)
希望日 (AM・PM)	

希望検査項目・部位を○で囲んでください。部位については詳細をご記入ください。

依頼検査部位 (主目的臓器または範囲を)	CT、MRI検査における安全点検項目です。 必ずチェックしてください。
頭部 (MRA 有・無)(VSRAD 有・無)	心臓ペースメーカー 有・無
頸部	脳動脈クリップ 有・無
胸部	冠動脈バイパスクリップ 有・無
腹部 肝・胆・膵・腎脾	外科的クリップ 有・無
骨盤腔	人工関節・骨頭等の体内金属 有・無
脊椎 頸椎・胸椎・腰椎	人工内耳・義眼 有・無
上肢 ()	人工弁 有・無
下肢 ()	妊娠可能性 有・無
その他	閉所恐怖症 有・無
()	いれずみ 有・無
	その他全身状態等注意事項 ()

なお、下記検査項目についても、本書によりご予約の手配ができますので、お気軽にご相談ください。

・電話予約で手配できます………腹部エコー・ホルター心電図・心エコー・脳波・X線撮影