日本鋼管福山病院　ＣＴ・ＭＲＩ・ＲＩ検査　依頼伝票

地域連携室 行　　ＦＡＸ　０８４－９４５－３６９９

医療機関名	**医師** **氏名**
ＴＥＬ　　－　　－	ＦＡＸ　　－　　－

ふりがな **患者様氏名**	**男** **・** **女**	**生年月日** 明・大 昭・平　　年　　月　　日 西暦　　（　　歳）
患者様連絡先 ＴＥＬ　　－　　－		

●妊娠　有 ・ 無　　●アレルギー歴　有（　　）・ 無　　●当院受診歴　有 ・ 無

診断名・症状・撮影目的

☐ ＣＴ	☐ ＭＲＩ	☐ ＲＩ
糖尿病疾患（造影検査依頼の場合） ☐ **無** ☐ **有**（服用薬:　　）	**※心臓ペースメーカー使用者の検査は不可** **※体内に磁性金属物がある方の検査は不可の場合もあり**	☐ **骨** ☐ **脳** ☐ **甲状腺** ☐ **肺** ☐ **心臓** ☐ **肝臓** ☐ **腎臓** ☐ **ガリウム**
☐ **単純**　☐ **単純 ＋ 造影**	☐ **単純**　☐ **単純 ＋ 造影**	
部位（横断） ☐ **頭部**　☐ **頸部**　☐ **胸部** ☐ **肝胆膵腎**　☐ **肝 ～ 骨盤** ☐ **インプラント** ☐ **その他**（　　）	部位（横断） ☐ **頭部**　☐ **胸部** ☐ **頸椎**　☐ **肝胆膵腎** ☐ **胸椎**　☐ **ＭＲＣＰ** ☐ **腰椎**　☐ **骨盤** ☐ **膝**（　**右**　・　**左**　・　**両方**　） ☐ **その他**（　　）	

検査画像データの提供方法 ： **ＣＤ－Ｒメディア**　　☐ フィルムプリント希望

検 査 希 望 日 ※土曜日は造影検査不可
第１希望：　　**月**　　**日**　**午前 ・ 午後**
第２希望：　　**月**　　**日**　**午前 ・ 午後**
第３希望：　　**月**　　**日**　**午前 ・ 午後**
※ＣＴとＭＲＩの同一日検査はご遠慮ください。

日本鋼管福山病院　地域連携室

ＴＥＬ ０８４－９４５－３０９１

【受付時間】 月～金　８：３０ ～ １７：００

土　８：３０ ～ １２：３０

（７・８・９月の土曜は休診）