

# 王司病院 画像検査FAX申込書

申込日	年	月	日	検査希望日	年	月	日
ご依頼先医院名				医師名			
TEL				FAX			

ふりがな				生年月日		性別
患者名				T・S・H・R 年 月 日		男・女
				( 歳)		
検査区分	CT(単純)	読影 依頼	<input type="checkbox"/> 有	画像の搬送方法	郵送・本人渡し	
	MRI			読影結果搬送方法	郵送	
撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部 ( )		<input type="checkbox"/> 骨盤 ( )			
	<input type="checkbox"/> 頸部 ( )		<input type="checkbox"/> 四肢 ( )			
	<input type="checkbox"/> 胸部 ( )		<input type="checkbox"/> 脊椎 ( )			
	<input type="checkbox"/> 腹部 ( )		<input type="checkbox"/> その他 ( )			
病名						
検査目的						
病歴等						
確認 事項	CT・MRI共通	妊娠 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		ペースメーカー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	MRIのみ	人工内耳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		入れ墨 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
		埋込金属 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
		※部位 ( ) ・いつ頃 ( )				
		歯科矯正 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有の方は歯科医師確認ください				
その他 (埋込金属 有 の方は詳しく記入ください。又連絡事項あればご記入ください。)						

お忙しいところ大変お手数ですが、MRI検査を安全に施行できるようご協力お願いいたします。

王司病院 FAX 083-248-2188

ご記入後この用紙をFAXで送信してください。