

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"/>	画像の搬送方法	郵送・本人渡し	
	MRI		<input checked="" type="checkbox"/>	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 MRIのみ	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	
		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。