

情報提供書(検査依頼箋)

平成 年 月 日

希望日

平成 年 月 日 時 分

予約日

平成 年 月 日 時 分

社会医療法人社団 正峰会
大山病院 医療連携室
TEL:0795-28-5800
FAX:0795-28-5801

紹介元医療機関名	
紹介医師名	
TEL	

患者氏名			様 (男・女)		
生年月日 (T・S・H)		年	月	日	
電話番号					
* 必ず連絡の取れる番号を記入ください。					

【希望する検査】

☐MRI ☐CT ☐骨シンチ ☐骨密度 ☐VSRAD

造影： ☐有 ☐無

* 造影検査の場合、問診票・同意書の記入、署名をお願い致します。
(3ヶ月以内の腎機能検査値が必要となります)

☐CD ☐フィルム 前回撮影： 年 月

讀影結果： ☐必要 ☐不要

※MRI検査の場合

体内埋込金属 有 無

有の場合 (部位 材質)

* その他MRI禁忌事項についても、充分ご確認のうえご指示をお願いします。

【検査部位及び目的】

(できる限り具体的な指示をお願いいたします。またご希望される撮影方法がございましたら、合せて記入して下さい。)

※来院の際、必ずこの予約表をご持参下さい。