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ケ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

読影結果:　□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。