

# 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  
大山記念病院 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

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。