

# 情報提供書(検査依頼箋)

年 月 日

希望日

年	月	日	時	分
---	---	---	---	---

予約日

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  
心エコー    腹部エコー    頸動脈エコー    その他( )

※腹部エコーの注意点: 前日夕食以降の食事は、控えてください。  
 服装は、前開きを着用ください。

● 予約時間の15分前に受付にご来院くださいませ。

造影: 有    無    前回撮影: 年 月

\* 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)

読影結果: 必要    不要    診察: 必要    不要

CD持ち帰り: 必要    不要    郵送希望

※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。)

※ご本人様より検査等についての開示依頼があった際には、情報開示させていただきますので、ご了承くださいませ。

※来院の際、必ずこの予約表をご持参下さい。