

検査依頼票

〔診療情報提供書〕

電話 048-424-3870

ご記入後、2・3枚目を患者様にお渡し下さい。

和光脳神経外科・内科

ふりがな		様	M ・ F
患者氏名			

生年月日	T・S・H	年	月	日	(歳)
------	-------	---	---	---	------

予約日時	年	月	日	()
開始時刻	午前	時	分	
	午後			

依頼元施設名		依頼医	
		電話番号	()

※MRI検査を受けられる方は開始時刻の30分前にお越し下さい。
MRI検査は完全予約制です。遅れて来院された場合、当日検査をお受けできない場合がございますので予めご了承下さい。

MRI 検査

- 予約は一回につき一部位とさせていただきます
- 当日検査を希望の際は御連絡下さい
(可能な限り対応致します)

頭部 脳 () 他 ()

脊椎 頸椎 胸椎 腰椎 他 ()

頸部 頸部 他 ()

胸部 乳房 (右・左) 縦隔 他 ()

腹部 肝臓 MRCP 腎臓 他 ()

骨盤 前立腺 膀胱 子宮・卵巣 他 ()

四肢 肩関節 肘関節 手関節 手指 股関節
(右・左) 膝関節 足関節 足趾 他 ()

以下の項目についてチェックをお願いします。

心臓ペースメーカー 無 ・ 有⇒

人工内耳 無 ・ 有⇒

妊娠の可能性 無 ・ 有

気管支喘息 無 ・ 有

アレルギー (薬剤・食品・他) 無 ・ 有

体内金属 (種類 時期) 無 ・ 有

感染症 無 ・ 有

MRI/CT共に造影検査は行なっておりません。

CT 検査

当日検査可能です

頭部 頭部 副鼻腔 側頭骨 ()

脊椎 頸椎 胸椎 腰椎 ()

頸部 頸部 ()

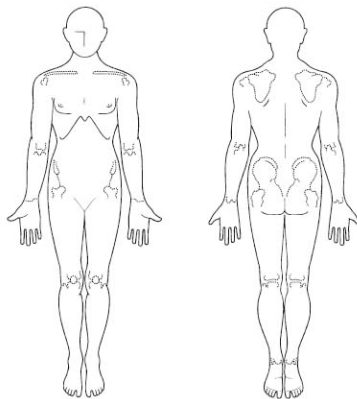
胸部 胸部 ()

腹部 腹部 ()

骨盤 骨盤 ()

四肢 肩関節 肘関節 手関節 股関節
(右・左) 膝関節 足関節 他 ()

〔検査目的〕 ※ 撮影法・画像処理法等、ご要望がありましたらお書きください。



和光脳神経外科・内科

〒351-0112 埼玉県和光市丸山台2-29-1
TEL.048-424-3870

(依頼元控)