



大阪整形外科病院 検査申込書(兼診療情報提供書)(CT・MRI)

紹介元医療機関

住 所

TEL ・ FAX

医 師 名

紹介目的		症状経過 検査結果 治療経過
傷病名		
現在の処方		
備考		

【検査内容】 ☐ MRI ☐ CT(造影検査 ☐あり ☐なし)

※MRIの造影検査はできません。※腹囲が140センチ以上の方は、MRIの検査ができません。

【検査部位】 ☐頭部 ☐脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎) ☐胸部(肺野・縦隔)

(1予約1部位まで) ☐関節(右・左) ☐股 ☐膝 ☐肩 ☐肘 ☐手 ☐足

☐上腹部(☐MRCP) ☐骨盤部(婦人科・前立腺) ☐頸部 ☐乳腺

☐心臓 ☐血管(部位:) ☐その他()

【CT造影剤の場合は、必ずご記入の程、お願い致します】

・喘息(有 / 無)・アレルギー(有 / 無)・心臓ペースメーカー(有 / 無)

・腎機能障害(有 CRE mg/d 測定日 年 月 日 / 無)

・身長(cm)体重(kg)

【所 見】 ☐必要(検査後2日後の発送。土日祝を挟むと数日後になります)

☐不要

【撮影方法及び図示については、こちらにご記入下さい】

※画像は、CD-Rにて当日の持ち帰りとなります。

※検査時間:午前9:00~12:00(月曜日~土曜日) 午後12:40~16:40(月曜日~金曜日)

検査希望日程 年 月 日 (時~ 時)

フリガナ	生年月日 明・大・昭・平
患者氏名: (男・女)	年 月 日(才)
住 所 〒	電話:
	携帯番号:
保険情報 保険者番号	公費負担者番号
記号・番号	受給者番号

※FAXは24時間稼働。月~金の9時~17時までの受付。17時以降到着分は翌開院日の対応となります。

検査申込書を **FAX(06-6463-1113)** 頂きましたら、
のちほど 検査予約票 をFAXにて返信させていただきます。