



# 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にて返信させて頂きます。**