



# 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】 **検査終了後 約3時間でFAXにて読影レポート返却致します(土日祝除く)**  
 ※原本については、後日郵送にてお届けします。

【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 干	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。

当日受診やお急ぎの場合は、直接ご連絡ください。06-6463-1111(代)

**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。