

FAX番号 045-530-5791

CT・MRI予約申込書 兼 診療情報提供書

依頼日 年 月 日

患者情報

フリガナ
氏名 性別 男・女
生年月日 大・昭・平 年 月 日
住所
電話番号
携帯電話番号もお願いします
当院受診履歴 有・無 ID :

紹介元医療機関

医療機関名

電話番号

担当医名

検査予約日 平成 年 月 日 午前・午後 時 分

依頼項目 CT MRI / 造影剤 有 無

MRAやMRCPが必要な際は、こちらに記入をお願いします
検査部位:
検査目的:
臨床診断:
その他特記事項

希望出力媒体 CDR フィルム 読影レポート FAX 郵送

希望項目にチェックを入れてください

検査チェックシート

心臓ペースメーカー 有 無
人工内耳 有 無
体内金属 有 無
名称・部位
妊娠 有 無
造影剤副作用歴 有 無
喘息 有 無
ビグアナイド系糖尿病薬服用 有 無

医療法人社団 一成会

たちばな台病院 医療連携推進課

受付時間 平日・土曜 8:30~17:00

TEL 045-530-5781

FAX 045-530-5791

血清クレアチニン値/eGFR mg/dl or ml/min/1.73m²

医療画像情報の複製を受け取りました

年 月 日 ご署名