

盛岡友愛病院登録 ID :

共同利用検査予約依頼票

FAX 番号 : 019-637-2111

(検査当日ご持参ください)

ご依頼元医療機関名 :

検査日 : 令和 年 月 日 時 分

フリガナ 患者氏名	様	男 ・ 女	生年月日	T・S・H・R	年	月	日
			体 重		k g		
住 所							

ご依頼検査 (該当するものに丸〇をつけてください)

機 種	C T	M R I	読 影 有 ・ 無 ※読影終了までに 10日程度かかる場合 がございます。 予めご了承下さい。	
撮 影 部 位	1. 頭 部	1. 頭 部		
	2. 頸 部	2. 頸 部		
	3. 胸 部	3. 骨盤部		
	4. 腹 部	4. 脊 椎 (頸椎・胸椎・腰椎)		
	5. 脊 椎 (頸椎・胸椎・腰椎)	5. 上 肢 (右肩・左肩)		
	6. 股関節	6. 下 肢 (右膝・左膝)		
	7. 胸部～骨盤部	7. 股関節		
	8. 頭部+胸部～骨盤部			
備 考	(撮影部位詳細)			

その他 (病歴・検査目的等は必須記入願います)

--

※MRIに関する質問 (MRI撮影依頼時のみ)

別添1【MRI検査チェックリスト】を必ずご記入下さい。当てはまる項目によっては、MRI検査を施行できない場合がございます。

※ 造影剤を使用する際は、共同利用とは扱わず通常の患者紹介となるので、事前に患者紹介申込書と診療情報提供書並びに採血結果を当院まで FAX 送信願います。