盛岡友愛病院使用欄

**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　５　年　　月　　日　　 時　　分**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ患者氏名 | 　　　　　　　　　　　　様　　　　　　　　　　　　　　 | 男・女 | 生年月日 | T・S・H・R　　　　年　　　　月　　　日 |
| 体　重 | 　　　　　　　　　ｋｇ |
| 住　所 |  |

**ご依頼検査（該当するものに丸 ○ 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
 |
| 1. 頚　部
 | 1. 頚　部
 |
| 1. 胸　部
 | 1. 骨盤部
 |
| 1. 腹　部
 | 1. 脊　椎（ 頚椎・胸椎・腰椎 ）
 |
| 1. 脊　椎（ 頚椎・胸椎・腰椎 ）
 | 1. 上　肢（ 右肩・左肩 ）
 |
| 1. 股関節
 | 1. 下　肢（ 右膝・左膝 ）
 |
| 1. 胸部～骨盤部
 | 1. 股関節
 |
| 1. 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。