

診療情報提供書兼 CT MRI 検査依頼書

フリガナ		性別	生年月日	T	R	
患者氏名		男・女		S	H	年 月 日
住所						
連絡先	自宅			携帯		
保険情報	記号		番号			
	資格取得日付		有効期限			
	被保険者氏名		続柄			
	被保険者番号					
	公費負担番号		公費負担受給者番号			

検査予定日時	令和 年 月 日 () 曜日 時	来院 () 時
--------	-------------------	----------

検査部位	CT	単純 造影	・頭部 ・副鼻腔 ・中耳ターゲット ・頸部 ・胸部 ・上腹部 ・骨盤部 ・インプラント用上下顎骨 ・その他 ()
	MRI	単純 造影	・頭部 ・副鼻腔 ・内耳 ・頸部 ・上腹部 ・EOB造影 ・MRCP ・骨盤部 ・頸椎 ・胸椎 ・腰椎 ・肩関節 ・股関節 ・膝関節 ・その他 ()

紹介元		医師	
医療機関	TEL	FAX	

臨床診断	
------	--

検査目的 及び 臨床経過・希望事項

患者情報	アレルギー <input type="checkbox"/> 有り () <input type="checkbox"/> 無し	喘息の既往 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
	感染症 <input type="checkbox"/> HB <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> ワ氏	

※ 造影検査時は必ずご記入おねがいます。

糖尿病薬 あり ()

腎機能 検査日 年 月 日 クレアチニン () eGFR ()

医療法人財団 西日本病院 中央放射線部
 TEL 096-380-0160【直通】 FAX 096-380-1150