

# 画像検査予約申込書

年 月 日

福山南病院 地域連携室宛

FAX 084-956-0033

TEL 084-920-5052



## 紹介元医療機関

名称：

医師名：

TEL：

FAX：

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	年 月 日 ( 歳)
住所			
電話番号	自宅 ( ) -	携帯電話 ( ) -	

診断名		撮影目的	
妊娠の可能性 有・無	喘息 有・無	糖尿病の内服 有・無	造影剤アレルギー 有・無
血清クレアチニン値 ( ) mg/dl 採血日 年 月	体内金属 有・無 (MRI対応 可・否 ) 心臓ペースメーカー 有・無 (※有の場合当院では対応不可)		

検査内容	<input type="checkbox"/> CT ( 単純・造影 ) <input type="checkbox"/> MRI ( 単純・造影 )
撮影部位	CT <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 (骨盤含む)
	MRI <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> MRA (頭部・頸部・下肢) <input type="checkbox"/> その他 ( )
検査希望日	・ 第1希望 年 月 日 午前 ・ 午後 ・ 第2希望 年 月 日 午前 ・ 午後

備考	
----	--

※MRI対応可能であってもICD (植え込み型除細動器) を含む植え込み型心臓デバイスは当院では対応できません。

・ 画像出力は希望が無ければ、CD-Rとさせていただきます。

・ 読影レポートは後日郵送いたします。