

紀南病院 CT・MRI申込書(画像のみ)

申 込 日	平成 年 月 日		
医 療 機 関 名			
ふ り が な 患 者 氏 名	男 様 ・ T・S・H 年 月 日 生		
希 望 検 査	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRI	
撮 影 部 位			
造 影 剤	必要	不要	
画像 CD-R(無料)	必要	不要	
紀南病院にかかった ことがありますか	ある	ない	不明
撮 影 希 望 日 時	第 1 希 望	年 月 日	AM PM 時 分頃
	第 2 希 望	年 月 日	AM PM 時 分頃
	第 3 希 望	年 月 日	AM PM 時 分頃

申込先：紀南病院地域連携室 FAX 05979-3-1301

<紀南病院記入欄>

様の撮影日は

平成 年 月 日()午前・午後 時 分からです。食事は < 朝食べない 昼食べない 食べても良い > です。

*患者様にお願いします

予約の30分前までには来院されますようお願いいたします。外来総合受付にて「検査依頼書」封筒、健康保険証、老人医療証、紀南病院診察券（お持ちの方）を提示してください。係りの職員が検査室までご案内しますので、総合受付前で座ってお待ちください（トイレを済ませておいてください）。

予約日時に来られなくなった場合は、紀南病院地域連携室：電話 05979-2-0500 または 05979-2-1333（代）までご連絡ください。

紀南病院 地域連携室

TEL 05979-2-1333(代) FAX 05979-3-

1301

〒519-5293 三重県南牟婁郡御浜町阿田和 4750

紀南病院 CT検査依頼票(診療情報提供書)

フリガナ

患者氏名

男
 ・ 生年月日 年 月 日生 歳
 女

[紀南病院カルテNo. 検査日時 年 月 日 午前 午後 時 分から]

画像CD-R 要 不要

<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 内耳 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部(肺・縦隔) <input type="checkbox"/> 胸部(HR-CT) <input type="checkbox"/> 全腹部 <input type="checkbox"/> 上腹部(肝・胆・膵・脾) <input type="checkbox"/> 骨盤部	<p style="text-align: center;">脊椎</p> <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 四肢() <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 単純のみ <input type="checkbox"/> 単純+造影 <input type="checkbox"/> 造影のみ <input type="checkbox"/> 単純+ダイナミック <input type="checkbox"/> その他 ()
臨床診断名(日本語でご記入下さい)	依頼元医療機関(医師名)	
検査目的・臨床経過・既往歴 等		