

MRI・CT検査紹介状(診療情報提供書)

十全記念病院 画像診断センター担当医宛

放射線部 MRI・CT予約センター TEL 053-586-1522 FAX 053-586-6126

平成 年 月 日

フリガナ 患者氏名 生年月日 T・S・H 年 月 日 歳 TEL: 携帯:	性別 様 (男・女)	医療機関名 所在地 電話番号 診療科 医師氏名
---	---------------	-------------------------------------

予約日時	平成 年 月 日 (曜日) 時 分
------	--------------------

検査項目	MRI <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 単純+造影 (部位:)
	CT <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 単純+造影 (部位:)

診断及び 検査目的	
--------------	--

結果報告	<input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> フィルム
------	---

注意事項	・ペースメーカー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	・体内に金属 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	・アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	・感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	・腎機能 クレアチニン値 ()	
	・その他 ()	

持参画像	<input type="checkbox"/> X線 枚 <input type="checkbox"/> MRI 枚 <input type="checkbox"/> CT 枚 <input type="checkbox"/> その他(枚)
------	---

(該当の□へ、レ点をしてください。)

MRI・CT検査予約票(患者様用)

平成 年 月 日

フリガナ	性別	医療機関名
患者氏名	様 (男・女)	所在地
生年月日 T・S・H 年 月 日 歳		電話番号
TEL:		診療科
携帯:		医師氏名

予約日時	平成 年 月 日 (曜日) 時 分
------	--------------------

患者様へのお願い

- ・検査当日は、予約時間の5分前までに十全記念病院総合受付までお越しいたぎ、検査予約票を提出してください。
- ・検査は予約制となっております。予約時間に遅れる・来院できない場合は前日までにご連絡ください。
(十全記念病院 放射線部・検査部 MRI・CT検査予約センター TEL 053-586-1522)

当日お持ちいただくもの

- ・MRI・CT検査予約票 ・保険証 ・診察券(お持ちの方)

地図



医療法人 明徳会 **十全記念病院**
〒434-0042
静岡県浜松市浜北区小松1700
TEL 053-586-1115(代) FAX 053-586-7950
MRI・CT検査予約センター
TEL 053-586-1522