

ばんだうクリニック MRI・CT 検査予約申込書

ばんだうクリニック 宛 (FAX 045-800-3935)

紹介・診療情報提供者 年 月 日

| | |
|-----------|---|
| 予約希望 | <input type="checkbox"/> 至急 <input type="checkbox"/> 普通 |
| 予約で都合の悪い日 | |

受診歴 ある ない

紹介医療機関の名称

住所 〒()

電話番号 - - FAX 番号 - -

紹介医師名

| | | | |
|------|----------------------|----------------|--|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 |
| 氏名 | | 男・女 (M) (F) | 明治 (M) 大正 (T) 昭和 (S) 平成 (H) 年 月 日 |
| 現住所 | (アパート・マンション名) 電話 () | | |
| 連絡先 | | 体重 | kg <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 独歩 |

依頼検査 MRI (単純造影) MR アンギオ MRCP
CT (単純造影) 3DCT CT アンギオ

検査部位 頭部 頸部 胸部 上腹部 下腹部 頸椎 胸椎
腰椎 四肢 乳腺 前立腺 子宮卵巣 その他 ()

検査結果の希望をお知らせ下さい。 読影所見 CD フィルム
(CD かフィルムはどちらか一方でお願いします)

この検査で知りたい画像情報をお知らせください。

依頼医師チェック項目 (あてはまる項目に○を付けてください。)

心臓ペースメーカー 脳動脈クリップ 体内の金属 異物 妊娠 閉所恐怖症 安静不可
アレルギー 喘息 腎機能障害 (BUN mg/dl、クレアチニン mg/dl)
感染症 (HB HCV HIV MRSA)

医療情報 (主訴、経過)

手術の既往 (有 無) 手術名

妊娠初期放射線被曝防止の為 45歳以下妊娠可能な方の生理開始予定日を記入してください。
検査は、生理開始日より10日以内が安全です。 生理開始予定日 月 日

検査予約票

| | | | |
|-------|-----|------|-------|
| 検査予約日 | 月 日 | 検査時間 | : ~ : |
|-------|-----|------|-------|

検査注意事項 (下記のは検査室への持込厳禁ですのでご注意ください)

- 眼鏡 ピアス・イヤリング ネックレス ヘアピン 腕時計 鍵
入れ歯 携帯電話 磁気カード エレキバン 使い捨てカイロ
手術での金属留置 カラーコンタクト 化粧品 (ラメ入り) シップ

- 備考
- ・ばんだうクリニックよりFAXにて検査予約票、注意事項をお送りいたします。
 - ・返信ファックスを持参の上、検査15分前に来院いただき、検査説明を受けるようご伝言下さい。
 - ・検査着に着替えて検査しますので、着替えやすい服装でお越し下さい。