

静岡県立総合病院 CT・MRI 検査申込書

平成 年 月 日

静岡県立総合病院

地域医療ネットワークセンター 病診連携室 様
(FAX 054-200-6271)

医療機関名 _____

医師名 _____

電話 _____

FAX _____

下記、患者様の検査予約を依頼します。

フリガナ		性別	生 年 月 日
患者氏名		男・女	明治 大正 昭和 平成
総合病院ID			年 月 日
住 所	市・郡 町		電 話 ()

〔疑い病名〕

〔紹介目的及び症状経過〕

検査希望日 平成 年 月 日

検査種 [CT 単純・造影]

[MRI 単純・造影]

検査部位 頭部 頸部 脊椎 胸部 腹部 骨盤 四肢 その他

読影レポート [不要]

検査結果記録メディア選択 [フィルム・CD]

その他個別頼情報

検査依頼情報 検査時に有用と思われる情報を具体的に記入してください

CT 撮影方法、画像再構成等についての要望（造影剤使用の場合は、eGFR or クレアチニン値を記入して下さい。）

MRI 撮像方向、使用シーケンス等についての希望（造影剤使用の場合は、eGFR or クレアチニン値を記入して下さい。）

禁忌情報