

FAX. 045-576-3547
TEL. 045-576-3546

済生会横浜市東部病院 地域医療連携室 行

済生会横浜市東部病院

共同利用 CT・MRI 検査申込書

☐ 太枠内すべて記入し FAX 送信下さいますようお願いいたします。

本用紙は患者さんにお渡しいただき、予約日時に1階画像診断センター受付にご提出いただきますようお願い下さい。

予約日時 月 日 ☐ 14:00 ☐ 14:30	貴医療機関名・所在地・TEL・FAX・診療科・貴医師名
↑電話でお申し込みいただいた際にお伝えした日時をご記入下さい	
当院受診歴 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 不明	
ID	

患者氏名	漢字表記	カナ表記
生年月日	☐ 明 ☐ 大 ☐ 昭 ☐ 平 年 月 日	電話番号 自宅 その他連絡先
住所	〒	年齢 歳 性別 ☐ 男性 ☐ 女性
保険区分	☐ 健康保険 ☐ 公費12 ☐ 自賠 ☐ その他()	
病名・症状(主訴)		
単純CT	単純MRI	
☐ 脳	☐ 脳 ☐ 頸椎 ☐ 腰椎 ☐ 骨盤腔(昼食は抜いてください)	
☐ 胸部	☐ 股関節 ☐ 膝関節 ☐ 肩関節	
☐ 上腹部・骨盤腔	患者さんの状況を教えてください	
☐ 胸部～骨盤腔	体重 Kg	
☐ その他	心臓ペースメーカー ☐ なし ☐ あり⇒MRI 不可	
[]	脳動脈クリップ ☐ なし ☐ あり⇒チタン以外 MRI 不可	
	体内の金属 ☐ なし ☐ あり⇒部位() 材質()	
	人工心臓弁 ☐ なし ☐ あり	
	人工関節 ☐ なし ☐ あり⇒ ☐ チタン製 ☐ その他()	
	妊娠の可能性 ☐ なし ☐ あり⇒()週⇒週数により MRI 不可	
	閉所恐怖症 ☐ なし ☐ あり	
	刺青 ☐ なし ☐ あり	
手術歴 ☐ なし ☐ あり⇒手術名()		
画像出力方法	☐ CD-ROM ☐ フィルム	

*こちらの申込書はホームページよりダウンロードしてもご利用いただけます。



済生会横浜市東部病院