

済生会横浜市東部病院
共同利用 CT・MRI 検査申込書 兼 紹介状

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

↑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

貴医療機関名・所在地・TEL・FAX・診療科・貴医師名

患者氏名	漢字表記	カナ表記
生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	電話 番号
住所	〒	自宅 その他連絡先
保険区分	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 公費12 <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> その他()	年齢 歳 性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性

病名・症状（主訴）

体重 kg 疑い病名： ()

<p>単純CT</p> <p><input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部・骨盤腔 <input type="checkbox"/> その他</p>	<p>単純MRI</p> <p><input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 骨盤腔(昼食は抜いてください) <input type="checkbox"/> 肩関節(□右 □左) <input type="checkbox"/> 股関節(□右 □左) <input type="checkbox"/> 膝関節(□右 □左)</p> <p style="text-align: center;">患者さんの状況を教えてください</p> <p>心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒MRI 不可 脳動脈クリップ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒チタン以外 MRI 不可 体内の金属 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒部位 () 材質 () 人工心臓弁 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 人工関節 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒<input type="checkbox"/> チタン製 <input type="checkbox"/> その他 () 人工内耳 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 補聴器 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり インプラント <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒() 週⇒週数により MRI 不可 閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 刺青 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p>
<p>画像出力方法 <input type="checkbox"/> CD-ROM <input type="checkbox"/> フィルム</p>	