# ＣＴ・ＭＲＩ検査依頼書

検査予約日　：　　年　　月　　日（　　）　　時　　分

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ふりがな<br>患者氏名 | | | 男<br>女 | 生年月日 | 年　月　日<br>（　　歳） |
| 住所 | 〒 | | | 電話番号 | |
| 保険情報 | 主保険 | 保険者番号 | 記号・番号 | | 続柄 |
| | | | | | 本人　・　家族 |
| | 併用保険 | 負担者番号 | 受給者番号 | | 負担割合 |
| | | | | | |
| 依頼検査 | □ ＣＴ　□ ＭＲＩ | | 造影検査 | | □有り　□無し |
| 検査部位　（検査部位に○で囲んでください） | | | | | |
| ＣＴ | 頭 ・ 頸 ・ 胸 ・ 肝 ・ 胆 ・ 膵 ・ 腎 ・ 骨盤 ・ その他：（　　） | | | | |
| ＭＲＩ | 頭（ 脳･MRA･副鼻腔 ）・ 頚椎･胸椎･腰椎･四肢（具体的に：　　）<br>その他：（具体的に：　　） | | | | |
| 検査目的、病名、経過など | | | | | |

造影検査の場合

血清クレアチニン値：3ヶ月以内の採血結果（1.5mg/ｄＬ以上は検査を見合わせます）＿＿＿＿＿＿mg/dL

紹介元医療機関　　依頼医

下記項目の確認をお願いします。

| | | |
|---|---|---|
| ＣＴ･ＭＲＩ | （女性の方へ）妊娠の可能性　※ありの場合は当院では撮影不可となります | □　なし |
| ＭＲＩ | 体内金属（ペースメーカー、植込型除細動器、人工内耳、その他　具体的に：　　） | □ あり　□　なし |
| | 閉所恐怖症 | □ あり　□　なし |