

# 墨東病院 MRI・CT検査申込書

FAX : 03(3633)6191

希望する検査	で囲んで下さい。 MRI検査 { 単純造影 } ・ CT検査 { 単純造影 }		事前にカルテを作成するため下記の健康保険情報をご記入ください。保険証の写しをFAXで送付していただいても結構です		
(フリガナ) 患者名	( )	男・女	生年月日 M・T・S・H 年 月 日		
住所		電話		体重	kg
保険種別		保険者番号		資格取得年月日	S・H 年 月 日
記号		番号		被保険者(世帯主)	
公費		負担者番号		受給者番号	

<<必ず以下の項目にチェックをお願いします>>

MRI検査チェック		造影検査チェック (CT・MRI共通)	
心臓ペースメーカー・人工内耳	有・無	喘息	有・無
脳動脈ステント・冠動脈ステント	有・無	造影剤・薬剤アレルギー	有・無
その他の血管クリップ・体内金属	有・無	授乳中の方	有・無
入れ墨・義眼	有・無	感染症の有無 「有」は詳細記入( )	有・無
閉所恐怖症	有・無		
妊娠3カ月以内	有・無	クレアチニン値	mg/gl

MRIについては、「MRI検査申込みにおけるご注意」もご参照ください。

<b>MRI検査・CT検査の日時</b>		下記受付に電話にて申し込んだ時点で予約日時が決定します。			
MRI・CT検査受付 03-3633-6191 (電話・FAX兼用) 又は 03-3633-6151 (代表) 内線 2330・2331・2304					
予約日時	月	日 ( )	午前・午後	時	分
検査部位：部位を で囲んでください。1部位につき、1申込書をお書きください。					
・頭部_____	・頸椎_____	・胸部_____	・四肢骨・関節・筋肉		
・顔面_____	・胸椎_____	・腹部_____	(部位 )		
・頸部_____	・腰椎_____	・骨盤_____	・その他_____		
病名： _____					
検査目的： _____					
主訴：病歴の要約、主要検査所見等 (図示も可)					
紹介元医療機関名		住所			
医師名		電話		FAX	