

CT・MRI検査予約申込書（診療情報提供書）

年 月 日

紹介先：汐田総合病院
 〒230-0001
 横浜市鶴見区矢向1-6-20
 総合ケアセンター室（地域連携）行
 TEL 045-574-1396
 FAX 045-574-1509

紹介元：保険医療機関
 所在地
 医療機関
 医師名 印
 TEL
 FAX

予約日時
 年 月 日 曜日

*お電話でお申込みいただいた際にお伝えした日時を

紹介患者情報

フリガナ 氏名		生年 月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	〒 -				
電話		携帯電話			

紹介目的

単純CT: 脳 胸部 腹部～骨盤 単純MRI: 脳

希望報告方法: 読影不要 ※読影不要の場合でも画像データ(CD-R)は添付いたします。

診療情報提供（傷病名・検査目的・既往歴・症状経過・備考）

病名：
 検査目的：
 既往歴：
 体重： kg

心臓ペースメーカー なし あり ⇨ MRI 不可

妊娠の可能性 なし あり ⇨ () 週 ⇨ 週数によりMRI不可

人工関節 なし あり ⇨ チタン製 その他 ()

閉所恐怖症 なし あり

手術歴 なし あり ⇨ 手術名 () 実施日 ()

脳動脈クリップ なし あり ⇨ () 年 () 月 () 日より中止)

体内の金属・異物 なし あり ⇨ 部位 () 材質 ()

人工心臓弁 なし あり

刺青 なし あり ⇨ 部位 ()

現在の処方・その他