平成　　年　　月　　日

秋田厚生医療センター　ＦＡＸ番号　０１８－８５７－２３２４

紹介患者用

ＣＴ・ＭＲＩ検査申込書（兼）診療情報提供書

ふりがな	性別　：　男　・　女
患者名	明・大・昭・平　　年　　月　　日生（　　歳）
紹介元医療機関名 主治医名	

検査項目（いずれか○で囲んでください）　　ＣＴ　・　ＭＲＩ

検査部位（項目を○で囲んでください）

① 頭部（脳、下垂体、内耳道、眼窩、ＭＲＡ）② 頭頚部（副鼻腔、上咽頭、喉頭、頚部、ＭＲＡ）

③ 胸部　（肺野、縦隔、心臓、大血管）　④ 腹部　（肝臓、胆嚢、膵臓、脾臓、腎臓）

⑤ 骨盤部（子宮、卵巣、膀胱、前立腺）　⑥ 脊椎、脊髄、（頚、胸、腰、仙）

⑦ 四肢、関節（右、左、上肢、下肢、肩、肘、手、股、膝、足）

⑧ その他　（　　）

撮影方法　（○で囲んでください）　　単純　・　造影

感染症　：　無　・　有（　　）　【体重　　ｋｇ】

eGFR：＿＿＿＿＿＿＿＿　または　クレアチニン値：＿＿＿＿＿＿＿＿

臨床診断または主症状

検査目的

年　　月　　日　から

病院使用欄

検査日　平成　　年　　月　　日　　AM　　ＰＭ
患者ＩＤ番号

【お問い合わせ】　秋田厚生医療センター

地域医療連携室　TEL　０１８－８８０－３０５０