

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・令 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 頭頸部 (副鼻腔、上咽頭、喉頭、頸部、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、(頸、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 : _____ 検査日 : _____ | |
| 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 令和 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