紹介元医療機関記入用

CT・MRI 検査 申込用紙 兼 紹介状（診療情報提供書）

フリカナ 患者氏名：　　様（男・女） 生年月日：明・大・昭・平・令　　年　　月　　日 住　　所： 電　　話：	紹介元医療機関の名称・所在地 〒　　- 電　話： ＦＡＸ： 医師名：

検査日時：　　年　　月　　日（　　曜日）　　時　　分

［診断名、主症状、検査目的、指示などをご記載ください。］

［必要な検査の項目と検査部位（１か所）をご指定ください。］

ＣＴ （単純）	□脳（顔面、副鼻腔、中耳等も含む）　□頸部　□胸部　□腹部　□骨盤 □腹部＋骨盤　□胸部＋腹部＋骨盤　□頸椎　□胸椎　□腰椎　□上肢 □下肢
ＭＲＩ ＭＲＡ	□頭部（脳、顔面、副鼻腔等も含む）　□頭部･ＭＲＡ　□頸部　□頸部･ＭＲＡ □胸部　□腹部（ＭＲＣＰまたはＵｒｏｇｒａｐｈｙも含む）　□骨盤部　□大血管 □頸椎　□胸椎　□腰椎　□顎関節　□肩関節（右･左）　□膝関節（右･左） □股関節　□骨･軟部（頭･頸･胸･腹･骨盤･上肢･大腿･下腿･足）«右･左»

［依頼医師確認事項：以下の項目のチェックをお願いいたします。］

□　女性の場合、妊娠の可能性はない。

□　MRI 検査の場合、体内に以下の金属はない。脳動脈瘤クリップ、心臓ペースメーカ、人工関節、人工内耳、磁石で固定した義歯、その他の 手術や外傷による体内金属（通常の義歯や胃術後のペッツは大丈夫です。）

［お電話で検査予定日が確定いたしましたら、当日はご本人が持参するようご説明をお願いいたします。］

横浜市立市民病院　患者総合サポートセンター　電話：045-316-6540