

FAX 送信先
045-904-5556

検査ご依頼票 兼 診療情報提供書

医療機関様用

ご記入日 年 月 日

貴院患者 ID	
(カタカナ) 氏名	様
生年月日	年 月 日
性別	男 ・ 女
電話番号	TEL () 携帯電話 ()

紹介元医療機関 (名称等)
ご担当医師名

予約日時 月 日 () 時 分までに来院	貴院次回 診察日 月 日
-----------------------	-----------------

検査区分 検査項目に☑をして下さい。

<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・仙尾骨) <input type="checkbox"/> 四肢 ()
<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 頭部 (MRA 含む) <input type="checkbox"/> 頸部 MRA <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腹部 (肝・胆・膵・腎) <input type="checkbox"/> 骨盤部 (子宮・卵巣・前立腺) <input type="checkbox"/> 四肢 () <input type="checkbox"/> その他 () ※撮影手技については当院ルーティン撮影とさせていただきます。
<input type="checkbox"/> エコー	<input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 下肢動脈 <input type="checkbox"/> 下肢静脈 (深部静脈)
<input type="checkbox"/> 生理	<input type="checkbox"/> ABI <input type="checkbox"/> ホルター心電図

検査目的 ※要記入 (なるべく具体的に症状・検査目的をご記入下さい。)

MRI 検査問診	心臓ペースメーカー (無 ・ 有)	※有の場合、別途ご相談下さい
	人工内耳 (無 ・ 有)	※有の場合、MRI 禁忌
	体内金属 (無 ・ 有)	※有の場合、別途ご相談下さい
	不整脈 (無 ・ 有)	
	閉所恐怖症 (無 ・ 有)	
	刺青 (無 ・ 有)	
	※上記項目に該当する場合、検査ができない場合もあります。	

上記問診をした結果、MRI 検査を依頼します。

令和 年 月 日

紹介元医療機関名

紹介元医師

〒225-0025
神奈川県横浜市青葉区鉄町 2201-5
TEL 045-903-7102
(地域連携室直通)
FAX 045-904-5556

医療法人社団緑成会

横浜総合病院

YOKOHAMA GENERAL HOSPITAL