

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	貴院次回 診察日 月 日
------------------	-----------------

検査区分 検査項目に☑をして下さい。

☐ CT	☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 上腹部 ☐ 骨盤 ☐ その他 () ☐ 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・仙尾骨) ☐ 四肢 ()
☐ MRI	☐ 頭部 (MRA 含む) ☐ 頸部 MRA ☐ 頸部 ☐ 腹部 (肝・胆・膵・腎) ☐ 骨盤部 (子宮・卵巣・前立腺) ☐ 四肢 () ☐ 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。
☐ エコー	☐ 頸動脈 ☐ 心臓 ☐ 下肢動脈 ☐ 下肢静脈 (深部静脈)
☐ 生理	☐ ABI ☐ 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があります。	

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