

桜十字病院 画像検査申込書（診療情報提供書）

TEL: 096-378-1111 (代表)

FAX: 096-378-1139

紹介元		送信日	年	月	日
医療機関名		TEL			
医師名		FAX			

患者さま情報					
ふりがな		性別	桜十字病院受診歴	有	無
氏名		男女	生年月日	大・昭平・令	年 月 日

※検査申し込みをされる場合、放射線科までお電話をお願い致します。

電話（096-378-2111、放射線科内線 9748 又は 387 ）まで。

検査日時をご相談させていただきます。（検査当日までにFAXをお願いします）

検査日時	年	月	日（	）	午前・午後	時	分
□MRI検査							
■検査前チェック（別紙：MRI検査問診票）をお願いします。							
■造影剤使用〔無・有〕 有の場合：3ヶ月以内の血清クレアチニン値（							
採血日							
年 月 日							
※腎機能やアレルギー歴の状況等によっては、							
医師の判断で中止する場合がありますのでご了承下さい。							
■検査部							
□ 頭部 □ 頸部 □ 頸椎 □ 胸椎 □ 腰椎							
□ 四肢（							
） □ 骨盤 □ その他（							
）							
□ 腹部（ □ MRCP □ Dynamic ）							
□CT検査							
■造影剤使用〔無・有〕 有の場合：3ヶ月以内の血清クレアチニン値（							
採血日							
年 月 日							
※腎機能やアレルギー歴の状況等によっては、							
医師の判断で中止する場合がありますのでご了承下さい。							
■検査部							
□ 頭部 □ 頸部 □ 胸部 □ 腹部 □ 骨盤							
□ 四肢（							
） □ その他（							
）							
臨床診断・検査目的・臨床経過など							

画像（CD-R）および検査報告書を当日ご本人にお渡し致します。

ただし、読影医不在の場合は、後日郵送させていただきます。（お急ぎの際はご相談ください）