

① (予約確認書) 医療機関→ 今井病院へ
 検査 (CT・MR 依頼書) FAX 送付票

MR CT 検査の部位を記入してください

FAX:0566-26-1851

医療機関名		担当医師名	
住所		電話	
		FAX	
依頼検査	<input type="checkbox"/> CT検査	・頭部 ・頸部 ・胸部 ・上腹部 ・下腹部	
・頸椎 ・胸椎 ・その他 ()			
依頼検査	<input type="checkbox"/> MR検査	・頭部 <input type="checkbox"/> 一般ルーチン <input type="checkbox"/> 脳幹部 <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> MRA	
・脊椎 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 ・関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ()			
・胸部 () ・腹部 (肝・胆・膵・脾・腎・副腎) ・MRCP			
・骨盤部 (前立腺・子宮・卵巣) ・その他 ()			
読影レポートは後日郵送にて送付されます (検査結果はCDRにて本院にお渡しします)			

○患者情報 放射線検査正当性のインフォームドコンセントをお願いします (済)

患者氏名 かな →			
患者氏名 漢字 →			
性別 (男・女)	生年月日 (年 月 日)		
住所:			
電話	自宅 →		
	携帯 →		
今井病院の受診歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり (診察券番号)			
その他連絡事項			
検査日に発熱のある場合はご相談下さい。			