

# 診療情報提供書 (CT・MRI・MMG検査予約申込書)

紹介先医療機関名

紹介元医療機関名

医療法人メディカルパーク 野村病院 院長殿

施設名

検査項目 MRI CT MMG

医師氏名 ⑩

検査日 令和 年 月 日

予約時間 午前・午後 時 分

TEL FAX

フリガナ ( 明治・大正・昭和・平成・令和 )

患者氏名 ( 男・女 ) 生年月日 年 月 日 歳

患者住所 TEL

紹介目的 精査・follow up・その他( ) 造影希望 有・無 体重 kg

検査部位  
頭部・胸部・腹部・骨盤腔・頸椎・胸椎・腰椎・肩関節・膝関節・その他( )

検査内容 ルーチン・指定あり 指定内容:

主要症状、症状経過および治療計画、既往歴など

MRI検査の依頼につきましては、【別紙:MRI問診表】に記載のうえ、当院までお願い致します。

CT/MRI造影検査の依頼につきましては、【別紙:造影検査同意書】に記載のうえ、当院までお願い致します。

造影剤使用について患者様の同意を得ている(副作用等の説明後に必ずチェックをお願いします)

MMG検査の依頼につきましては、下記の項目へチェックをお願い致します。

ペースメーカー : 有・無 V-Pシャント、人工血管 : 有・無  
妊娠 : 有・無 豊胸術 : 有・無

※注意事項 ①チェック項目は、依頼医療機関の医師にて責任を持って記載をお願い致します。

②記載に不明な点がある場合は、再度紹介元医療機関へ確認する場合や検査が行えないことがあります。

※検査予約、お問い合わせは電話でご連絡ください。(8:30~17:30)

医療法人メディカルパーク 野村病院 TEL 082-875-1111 FAX 082-875-6125  
放射線科 TEL 070-6693-9013