

送付元

医療機関名
医 師 名
住 所
T E L
F A X

検査依頼書

患者基本情報					
ふりがな		男・女	生年月日		
氏名: 様			明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)		
保険証	記号	番号		保険者番号	
住所			電話番号		
当院受診歴: 有・無 (お分かりになれば当院ID番号:)					
※検査希望日	第1	年	月	日 ()	午前 午後
	第2	年	月	日 ()	午前 午後
検査依頼内容	検査種別	検査部位 (検査名)		検査目的	
	CT検査	造影依頼 (有・無)			
	MRI検査	(身長 cm、体重 kg)		造影依頼 (有・無)	
	上部内視鏡 検査				
	希望にOしてください	・通常 ・経鼻使用 ・鎮静剤使用			
	骨密度	(身長 cm、体重 kg)			
その他検査 ()					

放射線被ばくに関する説明: 済 ・ 無

※患者さんの万全を期するために、下記の間診にお答え頂きますようお願いいたします。

問診		アレルギー・喘息	無 ・ 有	妊娠	無 ・ 有
	CT	ヨードアレルギー	無 ・ 有		
	MRI	体内金属	無 ・ 有	体内金属有の場合	素材:
閉所恐怖症		無 ・ 有			
その他	検査結果: 通常 ・ 至急 出力媒体: CD				
	当日追加結果: 検査担当医の判断で追加検査を 許可 ・ 不要				

(※1) 検査部位・目的については可能な限り詳細にご指示をお願いいたします。

(※2) 来院時には、必ず診療情報提供書を御持参ください。