

CT・MRI検査依頼申込票

ご依頼は この検査申込書か診療情報提供書どちらでもかまいません

社会医療法人 弘仁会
大島病院 担当医 宛

医療機関名

医師名

患者さま について	(ふりがな)	性 別	男 ・ 女
	お名前	生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日
	病名や傷病名・症状等		

検査種別 必ずチェックを入 れて下さい	☐ CT	☐ MRI	☐ 造影あり 造影検査はクレアチニン値が必要です (mg/dL) 【重要】 糖尿病薬服用中で造影CT検査ご希望の場合、 服用中止期間が必要となります。予約時にお申し出下さい。
---------------------------	-----------------------------	------------------------------	--

→ 検査部位 必ず○印 を記してく ださい	頭 部	頸 部	胸 部	腹 部	骨盤腔(部)	脊 椎	そ の 他
	眼 科 副鼻腔 内 耳	甲状腺 咽 頭 頸部MRA	肋 骨	CT詳細スライス ご希望の場合のみ○ 肝 臓 胆 嚢 膵 臓 副 腎 腎 臓 MRCP	子宮卵巣 前立腺 膀 胱	頸 椎 胸 椎 腰 椎 仙尾骨	肩部(左・右) 股関節 四 肢

上記以外の検査部位・読影医へのご要望等ありましたら ご記入下さい(空欄でかまいません)

社会医療法人 弘仁会 大島病院
〒612-8034 京都市伏見区桃山町泰長老115 (代表) 075-622-0701

検査予約専用ダイヤル **075-622-0710**
365日検査のご予約・相談承っております