

# 検査予約依頼票

吉山クリニック 行

TEL:082-815-0666

FAX:082-814-7337

受付時間 平日 9:00~16:30

土曜 9:00~11:30

〈ご紹介元医療機関〉

|                |      |
|----------------|------|
| ご施設名           |      |
| ご施設名担当医師名(診療科) |      |
| TEL:           | FAX: |

## ■患者基本情報

|       |                                |      |             |   |   |   |      |
|-------|--------------------------------|------|-------------|---|---|---|------|
| フリガナ  |                                | 性別   | 男           | ・ | 女 |   |      |
| 氏名    |                                | 生年月日 | 大・昭・平・令     | 年 | 月 | 日 | ( 歳) |
| 現住所   | 〒 -                            |      |             |   |   |   |      |
|       | 自宅番号 ( )                       | -    | 携帯番号 ( )    | - |   |   |      |
| 当院受診歴 | 有 ・ 無                          |      | 有る場合 (ID: ) |   |   |   |      |
| 希望日   | 第1希望 月 日                       |      | 第2希望 月 日    |   |   |   |      |
|       | ※骨盤部MRIは午後のみ検査です。昼食は絶食でお願いします。 |      |             |   |   |   |      |

## ■検査依頼 (検査のみ当院で施行し検査結果をお渡しします。貴院にて結果説明をお願いします)

|                  |      |                                 |                               |                                   |  |
|------------------|------|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|--|
| 診断名・主訴           | 撮影目的 | <input type="checkbox"/> 脳梗塞    | <input type="checkbox"/> 動脈瘤  | <input type="checkbox"/> めまい・ふらつき |  |
|                  |      | <input type="checkbox"/> 認知症    | <input type="checkbox"/> 脳腫瘍  | <input type="checkbox"/> 脳出血      |  |
|                  |      | <input type="checkbox"/> 頸部血管   | <input type="checkbox"/> 脊椎狭窄 | <input type="checkbox"/> 骨盤部      |  |
|                  |      | <input type="checkbox"/> その他( ) |                               |                                   |  |
| ●体内金属 有 ・ 無      |      | 有る場合 (部位: )                     |                               | 手術年: )                            |  |
| ●心臓ペースメーカー 有 ・ 無 |      | 当院ではMRI対応ペースメーカーでもMRIは撮影できません   |                               |                                   |  |

## ■検査種別 (当院ではCT,MRIともに単純のみの検査となります)

|     |  |
|-----|--|
| CT  | 〈撮影部位〉   |
|     | <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                   |
| MRI | 〈撮影部位〉   |
|     | <input type="checkbox"/> 頭部MRA <input type="checkbox"/> 頸部MRA <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |