

# 検査予約依頼書（紹介状）

（Fax 申し込み用） 依頼日（ 年 月 日）

医院、病院

先生

F A X

T E L

依頼検査項目（○をつけて下さい。）  
CT、MRI、RI その他（ ）

撮像部位（○をつけて下さい。）

頭、頸部、胸部、上腹部、骨盤部、骨、軟部、四肢、関節

全身(DWIBS) その他（ ）

造影の有無（有・無）、特殊撮影（Dynamic、MRCP、MRA、HRCT など）

\* <sup>フリガナ</sup>患者氏名

性別 男・女

\* 生年月日（明・大・昭・平） 年 月 日

\* 患者病歴：依頼内容

\* ビグアイド系糖尿病薬（有、無） ・ β ブロッカー（有、無）

（ \* 当院では、上記の糖尿病薬服用患者さんは、検査日と前後2日間の計5日間の休薬を実施しています。 ）

腎機能異常（有：BUN： Cre： 、無）、アレルギー歴（有、無）

喘息（有、無）、感染症（HBV、HCV、Wa、その他）

手術の既往（有： 無）

ペースメーカー（有、無）、体内金属（有：部位 無）

緊急性（急・普）

希望日（ 月 日）、避けたい日（ 月 日）

読影（必要・不要）

その他：

大牟田市立病院 中央放射線部 直通 FAX:0944-53-6947