

# MRI・CT 検査依頼書（診療情報提供書）

申込み日 西暦 年 月 日



社会医療法人 榮昌会  
吉田病院 附属脳血管研究所  
〒652-0803 神戸市兵庫区大開通9丁目2番6号

TEL 078-576-2773  
FAX 078-576-1503 (地域医療連携室直通)

ご紹介元医療機関

所在地 \_\_\_\_\_  
名称 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_  
医師氏名 \_\_\_\_\_

患者	フリガナ			当院受診歴	1. 有	2. 無
	氏名	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日
	住所	〒 _____ TEL 自宅 ( ) - _____ 連絡先 ( ) - _____				
診断名				主訴		

紹介目的 1. 検査 + 診察 2. 検査 + 所見 (郵送)

検査希望日 1. いつでも可 2. なるべく早急に 3. ご希望曜日 ( 曜日 )  
4. 第1希望日 ( 月 日 ) 第2希望日 ( 月 日 ) 第3希望日 ( 月 日 )

検査部位		①検査目的	②現病歴
<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> CT		
<input type="checkbox"/> 頭部 { <input type="checkbox"/> めまい精査 <input type="checkbox"/> 脳卒中疑い <input type="checkbox"/> 頭痛精査	<input type="checkbox"/> 頭部		
<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部		
<input type="checkbox"/> 腰部	<input type="checkbox"/> 腹部		
<input type="checkbox"/> その他 ( )			

検査チェック項目

・ヨード過敏症	有・無
・喘息	有・無
・妊娠	有・無
・不整脈	有・無
・てんかん	有・無

ご記入に際してのお願い  
① 必要事項をご記入の上FAXしてください。折り返し直ぐに検査日についてご連絡させていただきます。  
② 事前にご紹介患者様のカルテを作成いたしますので、できましたら下記に保険証の記号番号等をご記入下さい。

埋め込み金属

・心臓ペースメーカー	有・無
・動脈瘤クリップ	有・無
・その他動脈クリップ・ステント	有・無
・心臓人工弁 (機械弁)	有・無
・消化管吻合用クリップ	有・無
・人工内耳	有・無
・義眼	有・無
・人工関節・骨頭	有・無
・その他	有・無
( )	

保険区分				
本人	家族	負担割合	割	
保険者番号				
公費番号				
記号・番号				
受給者番号				

※ 患者さんによって検査を行えないことや中断することがあります。また、撮影方法を変更する場合がありますのでご了承下さい。