

# CT・MRI(A)・VSRAD 検査申込書(診療情報提供書)

別紙1

平成 年 月 日

紹介先医療機関名: JCHO横浜中央病院 〒: 231-8553 横浜市中区山下町268 TEL: 045-681-9534(直通) FAX: 045-681-9542 受付窓口: 地域ケアサービスセンター	紹介元医療機関名: 所在地: 医師名: TEL: (        ) FAX: (        )
---	---

患者情報	フリガナ 患者名	様 男・女 M・T・S・H	年	月	日 ( 歳 )	
	住所 〒					
	TEL (        )	当院への受診暦 ( 有・無・不詳 )				

保険情報	保険者番号	公費負担者番号
	記号・番号	受給者 ( 割 )
	続柄 本人・家族	その他

※ 検査項目を○で囲っていただき、必要事項をご記入ください。

紹介目的	C T	撮影部位 (        )	読影 ( 要 ・ 不要 )
	M R I	撮影部位 (        )	読影 ( 要 ・ 不要 )
		方向 : ( ルーチン ・ その他 (        ) )	
		検査チェック項目 (CT検査は不要)	
	M R A	心臓ペースメーカー ( 有 ・ 無 )	妊娠 ( 有 ・ 無 )
		脳血管クリップ ( 有 ・ 無 )	避妊リング(材質の確認) ( 有 ・ 無 )
		人工骨頭・関節 ( 有 ・ 無 )	手術既往歴 ( 有 ・ 無 )
人工弁 ( 有 ・ 無 )		ステント・クリップ類 ( 有 ・ 無 )	
刺青 ( 有 ・ 無 )		アレルギー・喘息 ( 有 ・ 無 )	
	義眼・義歯・人工内耳 ( 有 ・ 無 )	体重 (        ) kg	
VSRAD	方向 : (ルーチンのみ)	読影 ( 要 ・ 不要 )	
	VSRAD ( 初回 ・ 2回目以降 ) ※検査チェック項目もご記入ください。		

検査希望日 : 第1希望 ( 月 日 ) 第2希望 ( 月 日 )

傷病名

既往歴及び家族歴

薬物アレルギー

症状経過(現病歴)

◎ 結果報告は CD-R ・ ファイルム を希望します