

MRI 検査（単純撮影）の患者様を紹介、予約される先生方へ

まず、事前にせのお病院放射線科へ直接お電話で検査予約をお願いします。
次に、検査の安全と迅速化のため、以下のチェックリストに記入していただき、この用紙と診療情報提供書と一緒に患者様にお渡してください。
また、患者様にはこの2つの書類と健康保険証を持参のうえ、予約時間の30分前までに受付をしていただくようご案内ください。

患者様 住 所：

(フリガナ)

氏 名：

性別 男 女

生年月日： M・T・S・H 年 月 日

MRI 検査日時： 令和 年 月 日 午前・午後 時 分

- ご注意 1.事前に電話で予約をしていただき、この用紙と診療情報提供書を FAX してください。
2.単純撮影のみをお願いします。
3.腹部の場合は、4時間前から欠食してください。水分は可です。

検査部位 頭部 頸椎 胸椎 腰椎 骨盤 その他（ ）

チェックリスト（必ずご記入ください。）

閉所恐怖症 有 ・ 無

心臓ペースメーカー、除細動器埋め込み 有 ・ 無

脳動脈クリップ 有 ・ 無

妊娠または可能性 有 ・ 無

体内埋め込み金属 有 ・ 無

<有>の場合は具体的にご記入ください。

.....
.....
紹介医 様 住 所： _____

医療機関名： _____

担当医師：

印

地方独立行政法人 岡山市立総合医療センター
岡山市立せのお病院 放射線科
電話 086-282-1211 (代表)
FAX 086-281-2877

CT 検査（単純撮影）の患者様を紹介、予約される先生方へ

まず、事前にせのお病院放射線科へ直接お電話で検査予約をお願いします。
次に、検査の安全と迅速化のため、以下のチェックリストに記入していただき、
この用紙と診療情報提供書と一緒に患者様にお渡してください。
また、患者様にはこの2つの書類と健康保険証を持参のうえ、予約時間の30分
前までに受付をしていただくようご案内ください。

患者様 住 所：

(フリガナ)

氏 名：

性別 男 女

生年月日： M・T・S・H 年 月 日

CT 検査日時： 令和 年 月 日 午前・午後 時 分

- ご注意 1.事前に電話で予約をしていただき、この用紙と診療情報提供書を FAX してください。
2.単純撮影のみでお願いします。
3.腹部、骨盤の場合は、4時間前から欠食してください。水分は可です。

検査部位 頭部 頸部 胸部 腹部 骨盤 その他 ()

チェックリスト (必ずご記入ください。)

心臓ペースメーカー、除細動器埋め込み 有 ・ 無

妊娠または可能性 有 ・ 無

その他、体内埋め込み金属 有 ・ 無

<有>の場合は具体的にご記入ください。

.....
.....
紹介医 様 住 所： _____

医療機関名： _____

担当医師：

印

独立行政法人 岡山市立総合医療センター
岡山市立せのお病院 放射線科
電話 086-282-1211 (代表)
FAX 086-281-2877