

# MRI 委託撮影（単純撮影）申込書

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長 様

下記の患者様の MRI 検査を委託します。

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ください。
  2. 委託検査は単純のみでお願いします。
  3. 全身状態が重篤な患者様の検査は主治医の同伴をお願いします。
  4. 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)  
FAX 086-281-2877

# CT 委託撮影（単純撮影）申込書

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長 様

下記の患者様の CT 検査を委託します。

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ください。
  2. 委託検査は単純のみでお願いします。
  3. 全身状態が重篤な患者様の検査は主治医の同伴をお願いします。
  4. 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(必ず記入してください。)

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

これより下は当院で記入します。

管電圧 管電流

| 照射線 | 8 0 kV | mA |
|-----|--------|----|
|     | 1 0 0  |    |
|     | 1 2 0  |    |
|     | 1 4 0  |    |

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 0 8 6 - 2 8 2 - 1 2 1 1 (代)  
FAX 0 8 6 - 2 8 1 - 2 8 7 7