

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 放射線科担当者 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（ ）

診断名

主訴・検査目的等

指示医師

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 放射線科担当者 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（ ）

診断名

主訴・検査目的等

指示医師

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

これより下は当院で記入します。

管電圧

管電流

照射線

1 2 0 kV

mA

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