

[MRI・CT]  
**受付申込書**

自衛隊横須賀病院 医事課地域医療連携室 あて  
 平成 年 月 日  
**FAX : 046-861-8576**  
**TEL : 046-861-5737**  
 〒237-0071 横須賀市田浦港町1766-1

紹介医療機関：  
 所在地：  
 医師名：  
 TEL：  
 FAX：

フリガナ			
患者氏名		男 女	明・大・昭・平 年 月 日生 ( 歳)
現住所	〒 (    -    )		
連絡先	① TEL : (    ) ② TEL : (    )		※連絡がとりやすい順 に記入してください

**保険情報** ※保険情報をご記入いただくか、保険証をFAXしてください。

公費負担者番号		資格取得日	年 月 日
公費受給者番号		有効期限	年 月 日
保険者番号		資格取得日	年 月 日
記号・番号		有効期限	年 月 日
被保険者名	本人・家族	一部負担金割合	割

自衛隊横須賀病院受診歴 (有・無)

※有の場合 年 月頃 科・ID ( )・緊急性 (有・無)

ご依頼の検査内容等を次頁の「MRI・CT検査依頼票」にもご記入ください。

食事制限などの指示は、検査予約時にご確認ください。

**患者さまは、当日検査予約時間の30分前までに「1階医事課受付」までお越しください。**

**来院時は、「保険証」を必ず持参くださるようご説明ください。**

[MRI・CT]

**検査依頼票（診療情報提供書）**

必要事項のご記入及び該当する項目に○印（□にレ又は×印）によるチェックをお願いいたします。

氏名：	様					
検査日：	年	月	日	時間：	時	分
医療機関名：	医師名：					
<b>□ MRI 検査前チェックリスト（必ず記入してください。）</b>						
心臓ペースメーカー（有・無）	人工骨頭・関節（有・無）	はり（有・無）				
動脈瘤クリップ（有・無）	骨折固定具・ボルト（有・無）	入れ墨（有・無）				
その他のクリップ（有・無）	その他の体内埋込金属（有・無）	義歯（有・無）				
人工耳小骨（有・無）	経皮吸収パッチ（有・無）	妊娠（有・無）				
コンタクトレンズ（有・無）	閉所恐怖症（有・無）	その他（ ）				
<b>□ CT 検査前チェックリスト（必ず記入してください。）</b>						
心臓ペースメーカー（有・無）	妊娠（有・無）	その他（ ）				
<b>検査指示（共通）（必ず記入してください。）</b>						
目的	□ スクリーニング	□ 精査	□ 経過観察			
部位	具体的な部位があれば（ ）内にご記入ください。					
	□ 頭部（ ）	□ 頸部（ ）	□ 胸部（ ）			
	□ 腹部（ ）	□ 骨盤部（ ）	□ 脊椎（ ）			
	□ 上肢（ ）	□ 下肢（ ）	□ その他（ ）			
検査方法	□ 単純のみ	□ 単純＋造影	□ 造影のみ			
	☆ 造影検査をご依頼される場合は、1カ月以内の腎機能（血清クレアチニン値）のご記入をお願い致します。 血清クレアチニン値（ ）mg/dl 採血日（ ）年（ ）月（ ）日					
細部指示	☆ 撮像断面（矢状断、冠状断等）、撮像法（FLAIR、MRA等）などに、具体的なご希望があればご記入ください。					
臨床診断	☆ 検査内容の決定に必要ですので、疑いも含めて必ずご記入ください。					
このスペースは、必要に応じて臨床経過の記述、検査部位の図示等にご利用ください。						
<b>検査結果（共通）（ご希望があればご記入ください。）</b>						
□フィルム □CD-R						