

CT・MRI検査依頼書(診療情報提供書)

医療機関名

医療法人上野会

所 在 地

上野会クリニック

TEL

電話 06-6609-1650

FAX

FAX 06-6609-1670

医師氏名

検査日	年 月	日	午前・午後	時	分から	
ふりがな			大正 昭和 平成 令和			性別
患者氏名				年 月 日		男 ・ 女
住所						
電話						
検査項目	◆CT <small>当院では造影は行っていません</small>	頭部 頸部 胸部 腹部(肝・胆・脾・腎・副腎) 骨盤部 その他()				
囲んでください	◆MRI <small>当院では造影は行っていません</small>	頭部 頸部 胸部 MRCP 腹部() 骨盤部 頸椎 胸椎 腰椎 仙尾骨 関節(肩・肘・手・股・膝・足)→(みぎ・ひだり) その他()				

【検査目的及び臨床経過等】 別紙参照

手術歴	なし あり()
【MRI検査の注意事項】	
体内にMRI非対応金属等がある方、ペースメーカーをされている方は検査出来ません。	

腹部の検査は、検査時間6時間前より絶食をお願いします。飲水は可。

お電話で予約を取られましたら、この用紙を上野会クリニックまでFAXをお願い致します。

画像はCD(ビューアー付)にて患者様へお渡し致します。

放射線科医による読影結果は後日郵送にてご報告させていただきます。