

地域医療連携室 CT・MRI 検査申込書

くしもと町立病院

放射線 科

紹介元医療機関名

住 所 :

T E L :

F A X :

医師名 :

フリガナ		性別	旧姓
氏 名		男 ・ 女	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)		
住 所	〒 ー		
電 話	( ) ー (携帯)		
傷 病 名			
紹介目的			

●依頼内容 検査依頼 (第一希望日 月 日、第二希望日 月 日)

地域医療連携室では、ご予約依頼の患者様のみの対応となっております。

緊急時は、当院の患者様を優先させていただく場合がございますので、ご理解の程よろしくお願いたします。

【検査申し込み】

《検査部位》 頭部 頸椎 胸部 腹部 (全腹・上腹・下腹) 腰椎  
四肢 ( ) その他 ( )

《検査項目》 C T 単純 造影 両方  
M R I 単純 造影 両方

《撮影画像の提供方法》 C D

《読影希望の有無》 希望する 希望しない

※造影剤使用の場合は、受診が必要となるため、  
翌日以降のご予約お願いたします。

MRI は下記で「有」の方の検査はできません。

●心臓ペースメーカー (有・無)

●人工内耳等の電極 (有・無)

●MRI 対応でない脳動脈クリップ  
材質不明の場合も不可 (有・無)

造影 MRI は下記で「有」の方の検査はできません。

●気管支喘息 (有・無)

●薬物アレルギー (有・無)

●保険情報 ※保険証の写しを FAX していただければ、記入は不要です。

保 険 者 番 号		記 号	
		番 号	
資 格 取 得 日	年 月 日	有効期限	年 月 日
被 保 険 者	本人 ・ 家族	負担割合	割
公費医療負担者番号			
受 給 者 番 号			
有 効 期 限	年 月 日	負担割合	割

くしもと町立病院の診察券の有無 有の場合 ID 番号 ( )

和歌山県東牟婁郡串本町サンゴ台 691-7

くしもと町立病院 地域医療連携室

FAX 0735-62-5588

TEL 0735-62-7878