単純 検査申込書 兼 診療情報提供書

検査申込日
年　月　日

伊万里有田共立病院

※ 造影検査の場合は [造影検査申込書兼診療情報提供書]にてFAX 0955-46-2160 (地域連携室)にお願いします。
この単純検査申込書兼診療情報提供書は、FAX 0955-41-2630(放射線科)にお願いします。

検査決定日時	検査の希望日	医療機関名
年　月　日	第一希望　月　日(　)　時	所在地
午前 ・ 午後	第二希望　月　日(　)　時	TEL/FAX
時　分	都合が悪い日　月　日(　)	医師名　印

フリガナ		生年月日	年	男・女	電話番号	連絡のつきやすいもの　自宅・携帯
患者氏名			月　日（　才）			
住所						
紹介目的						
臨床診断 検査の主眼点						
既往歴						

検査種別	□単純 CT　□ 単純MR　□ 骨密度　□ マンモグラフィ	身長:　cm	体重:　kg

撮影部位		
	CT	□ 頭部　□ 頚部　□ 胸部　□ 上腹部　□ 骨盤腔　□ 脊椎　□ 四肢
	MR	□ 脳　□ 頚部　□ 胸部　□ 上腹部　□ MRCP　□ 骨盤腔　□ 股関節 □ 頚椎　□ 胸椎　□ 腰椎　□ 四肢(　)(右 ・ 左) □ 軟部腫瘤(部位:　) □その他 (　) □ 全身転移検索(頭部～骨盤)※がんの再発･転移検索を目的とされる際にご依頼下さい □ 不明熱原因検索(頭部～骨盤) ※CT等で原因が特定できなかった際にご依頼下さい

患者情報	
	◆体内金属 (有 ・ 無)　金属の部位 (　)　◆妊娠 (有 ・ 無) ◆感染症 (有 ・ 無) ※「有」の場合は詳細を記入お願いします(　)

MR確認事項		
	体内金属	◆ペースメーカーやMR禁忌の体内機器 (有 ・ 無)　※「有」の場合は検査施行できません ◆脳動脈瘤クリップや、その他の血管クリップ　(有 ・ 無) ◆体内留置物(心臓人工弁、ステント、コイル)　(有 ・ 無) ◆外科･整形外科的術後金属　(有 ・ 無) ◆磁気インプラント ・ 可動式義眼　(有 ・ 無) 有りの場合、MRI検査可能である事の確認をお願いします　確認済 □ ◆シャントバルブ (有 ・ 無) ※「有」は検査後の確認調整のため脳神経外科の受診もお願いします
		◆刺青やアートメイク (有 ・ 無) ※変色や火傷の可能性がありますので、患者様の同意を得て下さい ◆閉所恐怖症 (有 ・ 無) ※「有」で内服薬が必要な際は貴院での処方をお願いします ◆妊娠 (有 ・ 無)　※妊娠16週以降の検査が推奨されています ◆血糖値測定器 (有 ・ 無) ※「有」の場合は装着期間を考慮した予約をお願いします

検査結果	
	◆ 画像 【 CD-R (DICOM) ・ フィルム ・ 不要 】 ※画像は検査終了後、患者様にお渡しします ◆ 読影 (要 ・ 不要)　※読影結果はFAXにて報告させていただきます

2026年7月　改訂