

# 伊藤内科医院 画像検査FAX申込書

申込日	年	月	日	検査希望日	年	月	日
ご依頼先医院名				医師名			
TEL				FAX			
ふりがな				生年月日			性別
患者氏名				M・T・S・H	年	月	日
				(		歳)	男・女
検査区分	CT (単純・造影)			画像の搬送方法		郵送・ご本人渡し	
	MRI			レポート搬送方法		郵送・FAX	
部 位	<input type="checkbox"/> 頭部 ( )			<input type="checkbox"/> 骨盤 ( )			
	<input type="checkbox"/> 頸部 ( )			<input type="checkbox"/> 四肢 ( )			
	<input type="checkbox"/> 胸部 ( )			<input type="checkbox"/> 脊椎 ( )			
	<input type="checkbox"/> 腹部 ( )			<input type="checkbox"/> その他( )			
病 名							
検査目的 病歴等							
確認項目	CT・MRI 共通	妊 娠	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	MRI のみ	人工内耳	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	入れ墨	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
		埋込金属	<input type="checkbox"/> 有( )			<input type="checkbox"/> 無	
	造影時 必須	ヨード過敏症	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	喘息既往	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
		感染症	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	HBV・HCV・その他( )		
		腎障害	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	血清 Cr	mg/dl(	年 月 日)

※腹部CT・MRI、造影検査を受けられる方は、当日絶食をお願いいたします。

伊藤内科医院    〒751-0857 山口県下関市稗田北町13-36  
TEL.083-253-2040

## FAX.083-252-5992

※当院のホームページより、FAX申込書をダウンロードできます。(http://www.tojukai.com/itonaika/)