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
患者名		M・T・S・H・R　年　月　日 （　歳）	男・女

検査区分	CT（単純）	画像の搬送方法	郵送・ご本人渡し
	MRI	レポートの搬送方法	郵送・FAX

部位		
	□頭部　（	□骨盤　（
	□頚部　（	□四肢　（
	□胸部　（	□脊椎　（
	□腹部　（	□その他　（

病名	
検査目的　病歴等	

確認項目			
	CT・MRI共通	妊娠　□有　□無	ペースメーカー　□有　□無
	MRIのみ	人工内耳　□有　□無	入れ墨　□有　□無
		埋込金属　□有　□無	閉所恐怖症　□有　□無
		※埋込有の方＝部位（　）・いつ頃（　）	
		歯科矯正　□有　□無　有の方は歯科医師へ確認ください	

その他（埋込金属有の方は、詳しく記入ください。又、連絡事項が有ればご記入下さい）

※　腹部CT/MRIを受けられる方は、当日絶食をお願い申し上げます。

伊藤内科医院
〒 751-0857　山口県下関市稗田北町13-36
TEL083-253-2040

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出来ます。（http://www.tojukai.com/itonaika/）