

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	男・女
		(歳)	

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	<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	

その他(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/)