

国立病院機構奈良医療センター 地域医療連携室 宛
MRI・CT・DXA・脳波 検査依頼用紙 (FAX専用)

検査対応日	月曜日～金曜日 (祝日は除く) □	AM 8:30～PM 5:00
検査 予約受付		AM9:00～ PM7:00

連絡先:	地域医療連携室 TEL: 0742-45-1563 (直通) FAX: 0742-45-4901 (直通)
------	---

※検査当日、患者様には、診療情報提供書・健康保険証・当院の診察券 (お持ちの方) をご持参して頂きますよう、お願い致します。

※下記、太枠内を記載し地域医療連携室へFAX送信を、お願い致します。

		令和 年 月 日
カナ		
患者氏名		
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	男 女
希望検査日時	令和 年 月 日 () AM・PM 時 分	

画像	<input type="checkbox"/> CD-R	<input type="checkbox"/> フィルム
所見	<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要

病名				
検査種目	脳波 (平日時間内のみ)			
	MRI	CT	DXA	
検査部位	頭部 頸部 肩 胸部 腹部 骨盤部 股関節 頸椎 胸椎 腰椎 下肢 ()	腰椎+大腿骨 (左・右・両) 腰 椎 体組成+腰椎		
	上肢 () その他 ()			
検査方法	単純	造影	▶ Cre値:	
確認事項 (MRI検査依頼時 チェック)	心臓ペースメーカー・人工弁・DBS・SCS		無	有
	シャントバルブ		無	有
	手術クリップ (金属製)		無	有
	鼓室形成術、人工内耳		無	有
	閉所恐怖症		無	有
	刺青		無	有
その他、体内金属		無	有	

交通事故 保険請求	有	無
-----------	---	---

指示事項			
貴院医療機関名			
貴院連絡先	TEL () -	FAX () -	
医師氏名			