

# 検査予約申込書(CT・MRI)

島根大学医学部附属病院  
地域医療連携センター 行

FAX番号 (0853)20-2063

電話番号(0853)20-2061

【ご紹介元医療機関】

医療機関名

医師名

電話番号

FAX番号

ご紹介患者さん

フリガナ		性別	島根大学病院の受診歴
患者氏名		男・女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
生年月日	T・S・H・R 年 月 日		診察券番号
電話番号	( ) —		— —

検査項目	
CT	MRI

撮影部位					
頭部	胸部	腹部	骨盤部	その他( )	単純

検査病名(必ずご記入下さい)

【希望日】		
★第一希望	月	日
★第二希望	月	日
★	月	日以外ならいつでもよい

既往歴(必ずご記入下さい)				
CT	ペースメーカー	なし	あり	
MRI	前立腺肥大	なし	あり	不明
	緑内障	なし	あり	不明
	不整脈	なし	あり	不明
	狭心症	なし	あり	不明
	心筋梗塞	なし	あり	不明
	ペースメーカー・ICD	なし	あり(禁忌事項です)	
	糖尿病	なし	あり	不明
	体内の金属	なし	あり	