

C T ・ M R I 検 査 依 頼 書

記載日：令和 年 月 日

紹介先	(医療法人社団 竜山会) 金沢古府記念病院
検査担当	殿
住 所	〒920-0362 石川県金沢市古府1丁目150 TEL 076-240-3555 FAX 076-240-3437

依頼元医療機関	
所 在 地	
医療機関名	
医 師 名	
T E L	
F A X	

検査希望日時	令和 年 月 日 () AM・PM (:)
フ リ ガ ナ	
患 者 氏 名	
生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和・西暦 年 月 日
性 別	男 ・ 女
電話【日中連絡が取れる番号】	— —

○をつけてください

※原則的に検査できる部位は一か所です

検査内容	M R I	頭部 (MRI+MRA) ・ 頸部MRA ・ 胸部 ・ 腹部
		頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ・ 股関節 ・ 四肢 (R ・ L) 部位：
		その他：
	C T	頭部 ・ 胸部 ・ 腹部～骨盤腔 ・ 胸部～腹部～骨盤腔まで
		頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ・ 四肢 (R ・ L) 部位：
		その他：
画像データ	検査当日 ご本人に渡しします。	
読影レポート	無 ・ 有 ・ 緊急 (記載ない場合は、有として対応いたします。)	
読影レポート	3営業日以内に郵送いたします。(緊急の場合は、3時間以内にFAXいたします。)	

診断名・疑い病名
検査目的・症状等