

国立病院機構奈良医療センター 地域医療連携室 宛
MRI・CT・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) AM8:30～PM5:00
MRI(単純)・CT(単純) の夜間対応日	水曜日 PM5:15～PM8:00

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

※夜間のご依頼は、事前に電話連絡を、お願い致します。

※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。

カナ				男
患者氏名				女
生年月日	T・S・H	年	月	日 (歳)
希望検査日時	平成	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	MR-I		CT		脳波(平日時間内のみ)		
検査部位	頭部 頸椎 上肢()	頸部 胸椎	肩 腰椎	胸部 下肢() その他()	腹部	骨盤部	股関節
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			