MRI･CT検査申込書　兼　診療情報提供書（他院医師記入用）

年　　月　　日

社会福祉法人　浅草寺病院
医療連携室
東京都台東区浅草2-30-17
TEL03-3841-3330（代表）
FAX03-6231-7716（直通）

紹介元医療機関名

所在地

TEL

FAX

医師名

フリガナ 患者氏名	殿	明・大 昭・平	年　月　日　歳	男 女
浅草寺病院受診歴	無　・　有　　ID番号（　　）			

※□にチェックしてください。

□　M R I　（ MRA → □ なし　□ あり ）	□　C T

予約日時	年　月　日　時　分
検査部位	□ 頭部 →（ □ 認知症解析VSRAD ）　□ 胸部　□ 腹部　□ 骨盤腔 □ 脊椎（ □頚椎　□ 胸椎　□ 腰椎　□ 仙椎 ）　□ その他（　　）
造影剤	□ なし　□ あり → アレルギー（ ＋　－ ）　喘息（ ＋　－ ）　クレアチニン値（　　）
チェック	ペースメーカー（ ＋　－ ）　人工内耳（ ＋　－ ）　外科用クリップ（ ＋　－ ） 体内金属（ ＋　－ ）　妊娠（ ＋　－ ）

診断名	
紹介目的	
症状 治療経過	
服薬内容	

本紙を予約日2日前までに浅草寺病院 医療連携室（03-6231-7716）へご送信ください。