

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。

<input type="checkbox"/> M R I （MRA → <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり）	<input type="checkbox"/> C T
予約日時	年 月 日 時 分
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 →（ <input type="checkbox"/> 認知症解析VSRAD） <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 脊椎（ <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎） <input type="checkbox"/> その他（ ）
造影剤	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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。