いすゞ病院検査申込用紙

FAX03-3762-9129
TEL03-3762-9127

依頼元医療機関名				
電話番号		FAX番号		
フリガナ				
患者氏名				
生年月日	S　H　R　　年　　月　　日		性別	男　・　女
保健種別	自賠責	労災	その他（　　）	

検査目的を記入して検査機器、部位に〇をしてください

検査目的：主訴ならびに病歴

［　　］

CT	単純	
	頭部　頚部　胸部　腹部　骨盤部　その他（　　）	

MRI	単純			
	頭部　頚部（甲状腺など）　腹部　骨盤（子宮卵巣、前立腺）			
	頚椎　胸椎　手関節（右・左）　胸腰移行部　腰椎			
	股関節（右・左）　膝関節（右・左）　足関節（右・左）			
	その他（　　）			

検査希望日

第1希望　　月　　日（　　）　　：　　頃

第2希望　　月　　日（　　）　　：　　頃

≪いすゞ病院記入欄≫

確定日

月　　日（　　）　　：

・予約時間の３０分前にいすゞ病院総合受付へこちらの用紙をお出しください
・検査前に診察（問診）をいたします
・インスリンポンプ・持続グルコース測定器はX線磁気の影響を受ける可能性があります
　査前に必ず取り外しをお願いいたします（測定器のご準備をお願いいたします）
　*MRI検査の場合は、MRIチェックシートを一緒にお出しください