様式１

年　　月　　日

加茂病院　ＣＴ・ＭＲＩ検査申込書

依頼先

加茂病院

地域医療連携室　行

TEL　0256 - 52 - 0050 （直通）
FAX　0256 - 52 - 0776 （直通）

【 FAX受付時間　月～金　8:30～16:45 】

紹介元

医療機関名

医師名

TEL

FAX

連絡担当者

検査希望日	年　　月　　日　（　　）　※MRIは午後のみの検査となります	
	（備考欄）	
当院受診歴	有 ・ 無	患者さんが待合室で　☐ 待っている　・　☐ 待っていない

フリガナ		生年月日	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年　月　日（　　歳）	男 ・ 女
患者氏名				
住　所				
電話番号	装置の故障等により撮影できない場合、直接連絡させていただくことがあります。 自宅　　その他の連絡先			
主訴・検査目的				

ＣＴ 撮影部位 ご希望の部位に〇をつけてください ※複数ある場合、検査日を分けさせていただきます	頭頸部	頭部　顔面　頸部 その他　（　　）
	脊　椎	頸椎　胸椎　腰椎
	体幹部	胸部　腹部　骨盤部 その他　（　　）
	四肢関節	肩（Ｌ・Ｒ）　肘（Ｌ・Ｒ）　手（Ｌ・Ｒ）　股関節（Ｌ・Ｒ） 膝（Ｌ・Ｒ）　足（Ｌ・Ｒ）
	その他	上記以外（　　）
読　影	☐ 希望する　・　☐ 希望しない	

ＭＲＩ 撮影部位 ご希望の部位に〇をつけてください ※複数ある場合、検査日を分けさせていただきます	頭頸部	脳　脳＋頭部ＭＲＡ　脳＋頭頸部ＭＲＡ その他　（　　）
	脊　椎	頸椎　胸椎　腰椎
	胸腹部	ＭＲＣＰ　肝臓　胆嚢　膵臓　腎臓 その他　（　　）
	骨盤部	子宮　卵巣　膀胱　前立腺　骨盤骨 その他　（　　）
	四肢関節	肩（Ｌ・Ｒ）　肘（Ｌ・Ｒ）　手関節（Ｌ・Ｒ）　手部（Ｌ・Ｒ） 股（Ｌ・Ｒ）　膝（Ｌ・Ｒ）　足関節（Ｌ・Ｒ）　足部（Ｌ・Ｒ）
	その他	軟部腫瘤（　　） 上記以外（　　）
読　影	☐ 希望する　・　☐ 希望しない	