検査申込書　兼　診療情報提供書

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	大正・昭和・平成・令和 年　月　日
			携帯TEL:

紹介元医療機関：名称
所在地
TEL
FAX
医師名

検査日	年　月　日（　）午前・午後　時　分

撮影種類	□単純	□造影	**□CT**	**□MRI**	
撮影部位	□頭部	□頸椎	□胸椎	□腰椎	□胸部
	□顎関節	□上腹部	□下腹部	□骨盤部	□下肢（R・L）
	□肩関節（R・L）		□股関節（R・L）		□その他
	□肘関節（R・L）		□膝関節（R・L）		（　　）
	□手関節（R・L）		□足関節（R・L）		

※病名

※ご依頼の理由

※造影検査の場合は必ず記載してください
体重：　　kg　クレアチニン：　　ml/dl
ビグアナイト系薬剤：　有　・　無

※CD-R　□患者渡し　□郵送

◆検査前注意事項◆
・心臓ペースメーカー・人工内耳・埋め込み型除細動器などがある場合には検査は出来かねますので、ご了承ください。
・体内金属がある場合には、スタッフへお申し付けください。
・妊娠の可能性がある方は、スタッフへお申し付けください。
・造影・鎮静検査の方は、お薬手帳の持参をお願いします。

たまプラーザ脳神経クリニック
〒225-0002　横浜市青葉区美しが丘2-17-2
TEL 045-902-9201 / FAX 045-902-9221