

# CT ・ MRI 検査依頼用紙(FAX依頼用)

令和 年 月 日

金沢医療センター 地域医療連携室

TEL 076-262-4187

FAX 076-262-4188

## ◎紹介元医療機関

依頼元 医療機関名		担当医師名
連絡先	TEL:	

## ◎依頼内容

依頼検査 希望検査に○を つけてください	CT ・ MRI ( 単純 ・ 造影 )		
撮影目的 (症状)			
撮影部位			
Cr値(造影時)	クレアチニン値( )	年 月 日	採血
検査希望日時	①	②	③
	または都合の悪い日 		
被ばくに関して	CTは軽度の被ばくを伴う検査であることを説明し、同意を得ました <input type="checkbox"/> ←チェックください。		
その他 希望事項			

## ◎患者情報

ふりがな	
患者氏名	
	T・S・H・R 年 月 日( )才 男 ・ 女
住所	
連絡先	TEL:

### 【お願い】

CT検査の場合は、検査の正当性と被ばくに関する説明をお願いいたします。  
造影検査の場合は、直近のクレアチニン値もお書きください。  
当院受診歴がある場合はお名前と生年月日をお書きください。  
初診の場合は、カルテ登録後に予約を取りますので、住所・電話番号をご記入ください。

注)原則、結果は後日郵送となります。

当日結果ご希望の方は予約時連絡、または希望事項に記載してください。  
これまでの病歴やアレルギー歴・手術歴によっては、当院受診時の問診次第で造影検査  
や検査そのものを断念せざるを得ない場合があります。  
事前にそれらがわかっている場合はご連絡いただけますようお願いいたします。