済生会湘南平塚病院　検査予約窓口FAX　0463－71－6185(直通)

MRI・CT・骨密度測定　検査申込書・診療情報提供書

太枠内の必要事項を記入の上、済生会湘南平塚病院　検査予約窓口FAX　0463－71－6185(直通)あてにご返送ください。

①患者情報

フリガナ		□男 ・ □女	生年月日 □T □S □H □R 年 月 日		
患者氏名					
電　話	(　　)	身 長	cm	体 重	kg
病名					
検査目的 主訴など (図示も可)					

②希望する検査と、その検査に関わる項目のチェックをお願いします

□骨密度測定検査(DEXA法) ※検査部位　腰椎＋大腿骨			
股関節に金属の埋め込み	□有 ・ □無	妊娠の可能性	□有 ・ □無

□CT検査 ※単純撮影のみ　画像の提供方法はCD-Rとなります			
妊娠の可能性	□有 ・ □無		

□MRI検査 ※単純撮影のみ　画像の提供方法はCD-Rとなります			
ペースメーカー・人工内耳	□有 ・ □無	閉所恐怖症	□有 ・ □無
脳動脈クリップ	□有 ・ □無	入れ墨(ｱｰﾄﾒｲｸ含)・義眼・ｼﾞｪﾙﾈｲﾙ	□有 ・ □無
人工関節などの金属の埋め込み	□有 ・ □無	保護者の同伴※未成年の場合	□有 ・ □無
妊娠の可能性	□有 ・ □無		

③CT検査・MRI検査の場合のみご記入ください

検査部位	□頭部　□胸部　□腹部　□骨盤部 □頚椎　□胸椎　□腰椎　□仙尾骨 □股関節　□上肢(　　)　□下肢(　　) □術前歯科ｲﾝﾌﾟﾗﾝﾄ　□その他(　　)

④紹介元情報

医療機関名 住　所 電話番号 FAX番号	医師名　　㊞