

CT/MRI検査申し込み依頼・紹介状（FAX用）

FAX番号 048-648-5170

依頼年月日

令和

年

月

日

依頼施設名

依頼医師名

電話

-

-

FAX

-

-

※患者番号

※さいたま医療センターのID番号がある場合にご記入願います。

ふりがな

患者氏名

年齢

歳

性別（男性 / 女性）

連絡先電話

-

-

依頼検査

CT・MRI

造影の有無

1) なし

2) あり

3) 放射線科医の判断

検査部位

頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤・腹部骨盤・大血管・脊椎/脊髄・その他（ ）

診断名・

検査理由

検査希望日

1) 令和 年 月 日 2) 特になし

患者基本情報

1) 造影剤の副作用 なし あり（症状 ）

2) 喘息・アレルギー・腎障害 なし あり（内容 ）

3) 妊娠の有無 なし あり

受付日 ____月____日

先生御机下

医師名 _____

ご紹介ありがとうございました。検査を以下の日時でご予約させていただきました。

検査名： CT・MRI（単純・造影）

検査日：令和 年 月 日（ ）午前 / 午後 時 分

【患者の皆様へ】

- 検査時間の60分前までに初診受付へお越しねがいます。
- 予約変更の際には、お申込みいただいた医療機関へご連絡願います。
- 検査当日は、**時以降**の食事はお控えください。（お水は大丈夫です）

【ご依頼いただきました医療機関様】

- ご参考にさせていただくX線フィルム等がありましたら、患者様にお渡し願います。
- ご紹介状を別にお願います。（この用紙をご持参いただいても結構です）
- 造影CT/MRIは説明と同意書が必要です。貴院でのご記入を、よろしくお願い致します。**
来院時に同意書がない場合は、原則として造影検査はできません。
- 造影剤使用時は、**検査予定日から3か月以内のeGFR値が必要です。**データの同封をお願いします。なお、eGFR値が45未満の場合は、原則、検査はできません。

【ご連絡先】

自治医科大学附属さいたま医療センター
放射線科 放射線受付
048-647-2111（代表）内線2610