岩手県立一戸病院　ＣＴ・ＭＲＩ検査依頼書

一戸病院ID		依頼元病院名
フリガナ		
氏名		
生年月日	年　月　日生	
性別	□ 男性　□ 女性	
体重	ｋｇ	

検査日時	年　月　日（　）曜日　時　分		
検査種	□ ＣＴ　□ ＭＲＩ	検査区分	□ 単純　□ 造影
撮影部位	□ 頭部　□ 頸部　□ 胸部　□ 腹部　□ 骨盤部 □ クラウンドデンス頸椎　□ その他（　）		
眠剤使用	□ あり　（小児で使用する場合はチェックをお願いします）		

■　造影検査の場合は、『造影剤問診票』『造影剤使用の同意書』もＦＡＸをお願いします。

■　ＣＴ単純検査の場合は検査予約時間の１５分前、
ＭＲＩ単純検査の場合は検査予約時間の３０分前、
造影検査または眠剤使用時は検査予約時間の１時間前に総合受付までお越し下さい。

備考：当院職員に対しての申し送り事項がある場合にご利用下さい

FAX番号　0195-32-2171

2021年11月改訂