

受託検査依頼申込FAX送信票

貴 医 療 機 関	
医 師 ご 氏 名	先生
ご 住 所	
T E L	TEL - -
F A X	FAX - -

ふ り が な	
患 者 様 氏 名	
生 年 月 日	M・T・S・H 年 月 日
現 住 所 ・ 電 話 番 号	〒 -
	TEL - -
受 診 歴	有 ・ 無
当 院 診 察 券 番 号	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 当院診察券番号がお分かりでしたらご記入ください。

ご 紹 介 目 的	当日は簡単な診療情報提供書をご持参下さい。
検 査 希 望 日	第一希望 月 日 ( 曜日 )
	第二希望 月 日 ( 曜日 )

受 託 検 査 内 容	部 位 ・ 条 件 等 ( を お 付 け 下 さ い )	検 査 結 果
M R 検 査	頭頸部 脳・頭部MRA・甲状腺・副甲状腺・その他 ( )	CD-R ・ フィルム  ご希望されるものに を お付け下さい
	胸腹部 胸部・腹部・その他 ( )	
	脊椎系 頸椎・胸椎・腰椎 / 頸髄・胸髄・腰髄 / その他 ( )	
	その他	
	MR検査をご依頼の際は必ず下記項目をお知らせ下さい ・手術クリップ(有・無)・体内金属片(有・無)・人工内耳(有・無) ・心臓ペースメーカー(有・無)・心臓人工弁(有・無)・可動義眼(有・無) ・閉所恐怖症(有・無)・その他 ( )	
C T 検 査	頭部・頸部・腹部・胸部・その他 ( )	
脳 波 検 査	賦活なし・過呼吸賦活・光刺激賦活・光刺激賦活 / 過呼吸賦活	CD-R
神 経 伝 導 速 度	正中神経(右・左)(MCV・SCV)・尺骨神経(右・左)(MCV・SCV)	結果用紙
	脛骨神経(右・左)(MCV)・腓腹神経(右・左)(SCV)	
骨 塩 定 量	腰椎・その他 ( )	結果用紙
そ の 他		