

MRI/CT検査申込書 Fax専用
 * MRI検査 CT検査専用の申込書です。撮影後の診察は、行いません。

千葉市海浜病院

令和 年 月 日

医事室 FAX 043-277-8217(直通)

受付 月～金 9:00～16:00(年末年始 祝日を除く)

患者情報	貴院情報
フリガナ 男・女 海浜病院受診歴 有・無 生年月日 T・S・H・R 年 月 日 住 所 電話番号	医療機関名 住所地 TEL FAX 医師名

検査希望日 第1希望 月 日 第2希望 月 日	希望する <input type="checkbox"/> CD-ROM 画像出力形態 <input type="checkbox"/> フィルム
---	--

診断名

領 域 内科 整形外科 耳鼻科 眼科

MRI検査
 ※読影レポートなし
 画像提供のみ

頭部 頭部(MRA) 頭頸部(MRA)
 検査部位 頸椎 胸椎 腰椎 膝(右・左)
 上腹部 上腹部(胆嚢・胆管) 下腹部 その他()

ペースメーカーなし / 脳動脈クリップなし
 * ペースメーカー/脳動脈瘤クリップを入れている方は、検査できません。
 * 埋め込み金属のある方は、状況により検査が出来ない場合がございます。ご了承下さい。

領 域 内科 整形外科 耳鼻科 眼科

CT検査
 ※読影レポートなし
 画像提供のみ

頭部 胸部(肺・縦隔) 上腹部 下腹部 全腹部 大動脈
 検査部位 副鼻腔 内耳道 眼窩 頸部 その他()

* ペースメーカーを入れている方は、ペースメーカー手帳をお持ち下さい。
 * 検査部位により撮影が出来ない場合がございます。ご了承下さい。

問い合わせ先 千葉市立海浜病院医事室
 043-277-6577予約係
 (月～金 9:00-16:00)