

CT・MRI検査依頼書（兼診療情報提供書）

平成 年 月 日

患者氏名（フリガナ）		生年月日 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日（ 歳）		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
連絡先（自宅・携帯電話）※予約前日に、確認のご連絡を致します。			予約希望日時 月 日（ ） ；		
検査区分	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI	造影剤の使用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 放射線科医一任 <small>有・一任の場合、※下記のクレアチニン値のご記入を必ずお願いいたします。</small>		
画像のご提供方法	<input type="checkbox"/> CDR <input type="checkbox"/> フィルム	画像の搬送方法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> ご本人手渡し		

ご来院いただく患者さまへ

当日は、検査開始予定（予約時刻）の**30分前**にご来院の上、**1F総合受付**までお越し下さい。
受付に、**保険証**と、**紹介状（検査依頼書）**をお渡し下さい。

ご 注 意



～ お食事等について ～

CT検査

腹部検査を受ける方は、当日朝は、**絶食**でお願いします。お茶・水等の水分は十分に摂取されて、ご来院ください。

MRI検査

- ・腹部全般の検査の場合は、**検査6時間前から絶食**でお願いします（水・お茶等は飲んでいただいても結構です）。
- ・肝臓・胆のう・膵臓の検査及び、MRCP（膵・胆管造影検査）を受けられる方は、**検査6時間前から絶飲食**でお願いします。

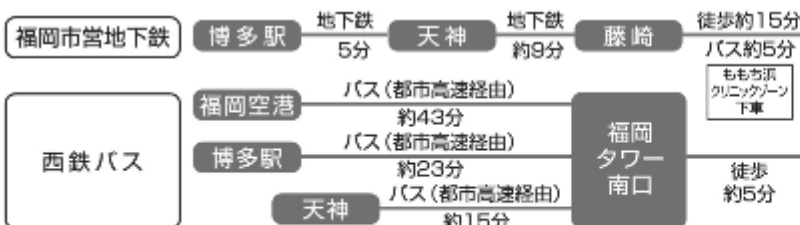
ご不明な点等ございましたら、当院までお問い合わせください。（地域医療連携室 092-832-1107）

交通アクセス



西鉄バス

バス停	行き先番号	運賃
博多駅前A	302 305 藤崎直行	220円
博多交通センター1F (6番のりば)	312 306 藤崎直行	220円
天神バスセンター (1A)	302 305 200 藤崎直行	220円
西新パレス	25 15 10 94	180円
藤崎	305 306 40 200 1 1-5 2	160円



ももち浜
福岡山王病院
FUKUOKA SANJO HOSPITAL
地域医療連携室
TEL 092-832-1107(直)
FAX 092-832-1206(直)
〒814-0001 福岡市早良区百道浜3丁目6番45号