

**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 生年月日 T・S・H・R		医療機関名 住所地 TEL FAX 医師名	
海浜病院受診歴 有・無 年 月 日 住 所 電話番号			

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

診断名
-----

MRI検査 ※読影レポートなし 画像提供のみ	領 域	<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 耳鼻科	<input type="checkbox"/> 眼科
		<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頭部(MRA)	<input type="checkbox"/> 頭頸部(MRA)	
	検査部位	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 膝(右・左)
		<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 上腹部(胆嚢・胆管)	<input type="checkbox"/> 下腹部	<input type="checkbox"/> 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。

CT検査 ※読影レポートなし 画像提供のみ	領 域	<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 耳鼻科	<input type="checkbox"/> 眼科	
		<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 胸部(肺・縦隔)	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 下腹部	<input type="checkbox"/> 全腹部
	検査部位	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 内耳道	<input type="checkbox"/> 眼窩	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 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)