

検査依頼書

〒167-0053
東京都杉並区西荻南1丁目1-1 西荻南メディカルモール3階

Tel:03-3332-0777

記入年月日 年 月 日

診療時間	月	火	水	木	金	土
09:00~12:30	●	●	●	●	●	●
14:00~18:00	●	●	●	●	●	●*
19:00~20:30	●	/	/	●	/	/

休診日：日曜・祝日
診療開始15分前より受付いたします
※…土曜は17:00まで（最終受付が16:30）

紹介元医療機関

医師名

TEL/FAX

希望検査 (○をつけてください)	CT	MRI
検査日	年 月 日	午前・午後 時 分
患者氏名・生年月日	フリガナ	男・女 年 月 日生まれ (歳)

検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 右・左肩関節 <input type="checkbox"/> 右・左手関節 <input type="checkbox"/> 右・左膝関節 <input type="checkbox"/> 右・左足関節 <input type="checkbox"/> 右・左股関節 <input type="checkbox"/> 四肢 () <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 (子宮・卵巣・膀胱・前立腺) <input type="checkbox"/> その他 ()
読影希望	読影希望 なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ありの場合、読影機関への実費 (3850 円/件) の費用が追加になります。当院での利益の上乗せは一切行っておりません。
検査目的・必要な撮影条件など	
チェック項目 (MRI の方のみ)	ペースメーカー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 検査不可 人工内耳 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 検査不可 体内金属 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 妊娠 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	刺青	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	手術既往	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり



すぎなみ脳神経外科
しびれ・頭痛クリニック

〒167-0053

東京都杉並区西荻南1丁目1-1西荻南メディカルモール3階

Tel:03-3332-0777