様式４

# CT・MRI・RI 検査依頼票

## FAX (0952)28-1338

1. 依頼元は「情報欄」にご記入後、好生館放射線科（0952-28-1338）にFaxしてください。

2. 患者様は検査当日、好生館 **初診受付（1階）**に
**「紹介状」**と「保険証」並びに、この「検査依頼票」を提出してください。

**情報欄** （欄内に記入してください。）

| | | | |
|---|---|---|---|
| (1)依頼元 | | | |
| 施設名 | | FAX | |
| 依頼医師名 | | TEL | |
| (2)受診者 | | | |
| ふりがな | | | |
| 氏名 | （ 男 ・ 女 ） | | |
| 生年月日 | T・S・H 年 月 日（ 歳） | | |
| 好生館受診歴 | 有 ・ 無 ・ 不明 | | |
| 現住所 | 〒 | | |
| (3)検査内容 | | | |
| 検査日 | 第一希望 年 月 日（ 曜）<br>第二希望 年 月 日（ 曜） | ※ 希望日に予約できない場合があります。<br>希望日がない場合は無記入で結構です。 | |
| 項目 | CT（部 位: 造影 有・無 ）<br>MRI（部 位: 造影 有・無 ）<br>RI（検査名: ） | 項目を○で囲み、部位 または検査名、造影の有無の希望を記入してください。<br>※造影希望の場合は下記に腎機能の有無もしくは血清Cr値を必ず記入して下さい。 | |
| 腎機能障害 | 有 ・ 無 | 血清Cr mg/dl（検査日 年 月 日） | ビグアナイド系薬 内服 有 ・ 無 |
| 画像出力 | 不要 ・ 要 （※検査画像はCD出力となります） | | |
| 通信欄 | | | |

**予約確定済みの検査日時** （以下は記入しないでください。）

検査項目

**年 月 日（ 曜） 午前・午後 時 分**

患者ID

地方独立行政法人 佐賀県医療センター好生館
佐賀市嘉瀬町大字中原400番地
TEL 0952-28-1198（放射線科直通）