

MRI・CT・BMD 依頼票 (診療情報提供書)

③当日の説明として患者様にお渡しください

依頼元機関名	診療科名	ご担当医師
--------	------	-------

患者様情報	むさしの救急病院 カルテNo.()	生年月日	大昭平令	年	月	日生
ふりがな						
患者氏名	様	男・女	(西暦	年)		
日中連絡のとれる電話番号	-	-	貴院カルテNo.()		

予約日時	午前	時	分より
西暦	年	月	日
	午後		
検査20分前までにご来院ください			

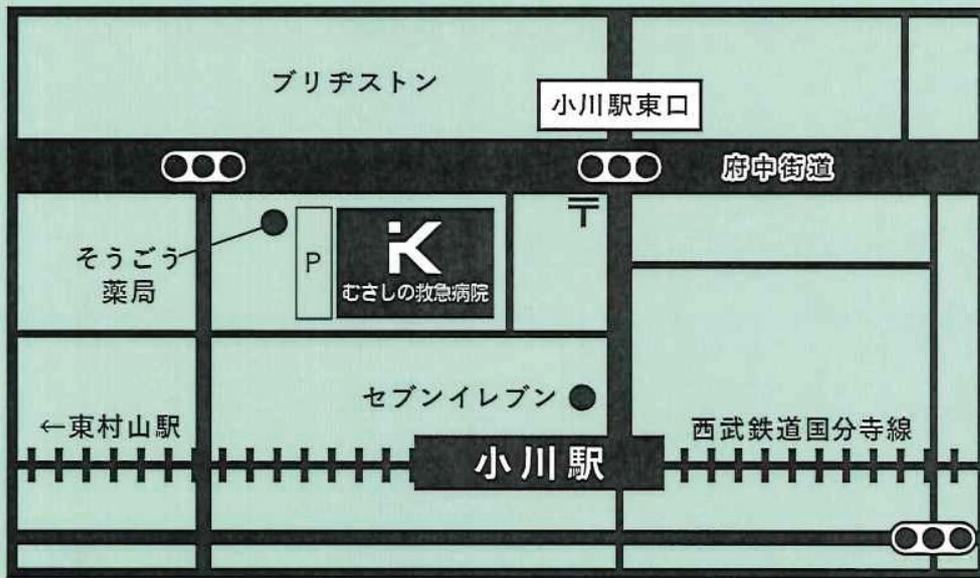
検査区分・部位	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> BMD(骨密度)
	※体内に金属のある方は 受けられない場合があります	※妊娠中の方は 受けられない場合があります	検査です (症状などにより変更になる場合があります)

お腹の検査を受ける方	他の検査を受ける方に 飲食の制限はありません
検査の6時間前から お食事を取らないでください 水・お茶はかまいません 牛乳やクリームの入ったものはとらないでください	

注意!

保険証と検査依頼票(紹介状)を必ずご持参ください
遅刻されると検査が中止・延期になることがあります

Pあり(100台以上)



医療法人社団 晃悠会
むさしの
救急病院
042-313-5520(代表)
〒187-0031
東京都小平市小川東町一丁目24-1