

MRI・CT検査依頼票 診療情報提供書

検査希望日時	平成	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	時	分

患者情報

フリガナ	
氏名	
生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日 生 歳
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 ※MRI検査→体重 kg
連絡先	TEL 携帯

医療機関名
担当医師名
住所
TEL/FAX

検査種別	<input type="checkbox"/> MRI (読影レポート <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要)	<input type="checkbox"/> CT (読影レポート <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要)
------	--	---

検査部位 (当院ルーチン検査でよろしければ、以下のチェックのみで結構です)

頭頸部	胸部	腹部	骨盤部	脊椎	四肢
<input type="checkbox"/> 頭部 ※MRIはルーチンにMRAが付きます。 <input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 上腹部 +MRCP(※MRI) <input type="checkbox"/> 腎臓・副腎	<input type="checkbox"/> 骨盤部	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> () 関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左

<input type="checkbox"/> その他部位 [特に出す部位がございましたらチェックをお願いします]					
<input type="checkbox"/> VSRAD	<input type="checkbox"/> 下垂体	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 眼窩	<input type="checkbox"/> 内耳	<input type="checkbox"/> 咽頭・喉頭
<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 大動脈	<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 胆道・胆嚢	<input type="checkbox"/> 膵臓	<input type="checkbox"/> MRU
<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 子宮	<input type="checkbox"/> 卵巣	<input type="checkbox"/> 頸動脈MRA	<input type="checkbox"/> 下肢静脈MRA

※臨床診断、症状、検査目的などをご記入ください

MRI検査 チェック欄			
※必ず確認をお願いします。			
心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	有の場合 → 禁忌
人工内耳	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
脳動脈瘤クリップ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
VPシャント	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
人工関節	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
ステント・コイル	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
手術歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
その他体内金属	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
[
]			
妊娠	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 () 週	
磁石式義歯・義眼	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
入れ墨 (刺青)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	

<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 造影→以下のチェックをお願いします
造影剤副作用歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
喘息	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
ヨードアレルギー※CTのみ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

有の場合 → 禁忌



TEL : 03-5856-5970

※画像はCD-Rで提供いたします。

(地域医療連携室・直通)

MRI・CT検査依頼票 送付先FAX番号 : 03-5856-5975