

MRI・CT検査依頼票
診療情報提供書

検査予約 令和 年 月 日
日時 午前 午後 時 分

フリガナ			
患者氏名			
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. <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 携帯		

ご依頼元施設名
ご依頼医師名
ご住所
TEL/FAX

検査種別 MRI (読影レポート 要 不要) CT (読影レポート 要 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

その他部位 []

特に描出する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	

単純 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	} 有の場合 禁忌
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	

医療法人社団 忠医会

大高病院
 Emergency medicine & Liaison Psychiatry
 TEL : 03-5856-5970
 (地域医療連携室・直通)

※画像はCD-Rでご提供します。

MRI・CT検査依頼票 送付FAX番号 03-5856-5975