

CT・MRI 検査依頼書（兼診療情報提供書）

令和 年 月 日

患者氏名(フリナガ)		生年月日 <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 年 月 日 (歳)		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
連絡先(自宅・携帯電話)			検査希望日時 月 日 () :	
検査区分	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI	造影剤の使用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合、下記、 クレアチニン値 のご記入を必ずお願い致します。	
画像のご提供方法	<input type="checkbox"/> CD-R	画像の運搬方法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> ご本人手渡し	
移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー			
部 位	<input type="checkbox"/> 頭部 ()		<input type="checkbox"/> 頸部 ()	
	<input type="checkbox"/> 胸部 ()			
	<input type="checkbox"/> 腹部 ()		<input type="checkbox"/> 骨盤部 ()	
	脊椎: <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 移行部 <input type="checkbox"/> 腰椎 ()			
	<input type="checkbox"/> 四肢 ()		<input type="checkbox"/> その他 ()	
診断名				
検査目的 病歴等				

<MRIの場合>

ペースメーカー の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合はMRI検査 はできません。	脳動脈クリップ の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	脳室シャント の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	人工内耳の 有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
その他体内 金属の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合は、部位や素材・挿入年月日などをできるだけ詳しくご記入ください。 ()						

※以下は造影剤使用の場合、必ずご記入下さい。**クレアチニン値の記載がない場合は、造影剤を使用した検査が施行できません。**
ご理解とご協力をお願い致します。

血清クレアチニン値	mg/dl	最終測定日	令和 年 月 日
-----------	-------	-------	----------

医療機関名

診療科

依頼医サイン

印

ご紹介いただきまして、誠にありがとうございます。

村上華林堂病院 放射線科

TEL 092-811-3331 FAX 092-812-2161

電話予約後、本紙を当院へFAXしてください。
検査当日予約30分前に受付窓口へ本紙をご提出いただきますよう患者さんへご案内ください。