

東京通信病院
放射線科 担当医 あて

検査依頼票
(兼 診療情報提供書)

平成 年 月 日

MR・CT・超音波 (腹部・表在・血管)・核医学

の検査を下記のとおり依頼します。

※ 検査種別に○印をお付けください。

(フリガナ)

患者様氏名.....様

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

性別 男・女 東京通信病院 来院歴 有・無

電話番号 (.....)

東京通信病院 かけ番号.....

依頼元
医療機関名.....
〒.....
住所.....

電話番号 (.....)

FAX番号 (.....)

御担当先生.....

【臨床診断】

【検査目的】

感染症 (有・無)

病名告知 (済・未)

【結果について】

◆画像 [不要・CD(郵送)・フィルム(患者様手渡し)・フィルム(郵送)]

◆読影結果 [郵送のみ・FAXと郵送]

【検査部位：原則として1検査1部位】

頭部 (.....)	頸部 (.....)
胸部 (.....)	腹部 (.....)
骨盤腔 (.....)	脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・.....)
膝 (右・左) (.....)	四肢 (右・左) (.....)
その他 (.....)	(..... シンチグラム)

【検査希望日時】

第1希望 月 日 (.....) 時

第2希望 月 日 (.....) 時

第3希望 月 日 (.....) 時

※ 下欄には、必ず記入してください。

検査不可

【胸部CT検査】

◆心臓ペースメーカー [有・無]

【MR検査】

◆心臓ペースメーカー [有・無]

◆脳動脈瘤クリップ [有・無]

◆冠動脈バイパスクリップ [有・無]

◆その他動脈クリップ [有・無]

◆腎移植クリップ [有・無]

◆人工内耳 [有・無]

◆その他の体内金属 [有・無]

◆磁石式義歯 [有・無]

◆30分間の静止 [不可・可]

担当医の許可により施行

◆妊娠の可能性 [有・無]

◆消化管吻合用クリップ [有・無]

◆人工僧房弁 [有・無]

◆インプラント [有・無]

◆偽眼 [有・無]

◆コンタクトレンズ [有・無]

◆心不整脈 [有・無]

◆アレルギーの既往 [有・無]

◆閉所恐怖症 [有・無]

◆喘息 (造影禁忌) [有・無]

◆鼓室形成術 [有・無]

◆人工骨頭、人工関節 [有 (セラミック・磁性体・非磁性体)・無]

◆その他整形外科的金属 [有・無]

◆その他手術経験 [有・無]

[手術経験有の場合は具体的に:]