

検査依頼票 (兼 診療情報提供書)

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。※○印をおつけください。

(フリガナ) 患者氏名	様
生年月日 明・大・昭・平	年 月 日
性別 男・女	来院歴 有・無
当院ID	
連絡先 ()	

依頼元医
療機関名

住所

電話番号 () FAX ()

御担当先生

〔臨床診断〕
〔検査目的〕
感染症(有・無)
病名告知(済・無)

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)

MR検査は必ず記入してください		
検査不可	心臓ペースメーカー	有・無
	脳動脈瘤クリップ	有・無
	冠状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
	30分間の静止	不可・可
担当医の許可により施行	ステント	有・無
	消化管吻合用クリップ	有・無
	人工僧房弁	有・無
	鼓室形成術	有・無
	偽眼	有・無
	人工骨頭・人工関節 (有の場合：セラミック・磁性体・非磁性体)	有・無
	その他整形外科的金属	有・無
	妊娠 () 月	有・不明・無
	心不整脈	有・無
	アレルギーの既往	有・無
喘息(造影禁忌)	有・無	
閉所恐怖症	有・無	
手術経験(具体的に)	有・無	
コンタクトレンズ	有・無	

画像(不要・フィルム(患者手渡し・郵送)・CD(郵送))
読影結果(FAX ・ 郵送のみ)

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

別紙 有() 枚)

※記載欄が少ないため、診療情報提供書など追加のため別紙があります場合にはご記入ください。