

東京通信病院

年 月 日

放射線科 担当医 あて

検査依頼票 兼 診療情報提供書

MRI・CT・超音波(腹部・表在・血管)・核医学・骨密度

下記のとおり検査を依頼します。

※ 上の検査種別に○印をお付けください。

(フリガナ)	
患者氏名	様
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
性別	男・女 東京通信病院来院歴 有・無
電話番号	()
東京通信病院加行番号	

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]
COVID-19 肺炎罹患歴 (有・無) ・発症日 (年 月 日)
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)
骨塩定量(骨密度)検査 ※検査結果のみ報告します。 DEXA 法での腰椎+大腿骨の撮影【月・火・木の午後】	
[検査予約日時]	
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。

MRI・CTは当日のご予約が可能です。

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	
◆心不整脈	[有・無]
◆心臓ペースメーカー	[有・無]
◆人工内耳	[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]
◆他に手術経験がある場合は記載してください	[]
◆妊娠の可能性	[有・無]
◆喘息(造影禁忌)	[有・無]
◆消化管吻合用クリップ	[有・無]
◆閉所恐怖症	[有・無]
◆コンタクトレンズ	[有・無]
◆インプラント	[有(MR検査可能か歯科医にご確認ください)・無]
◆アレルギーの既往	[有・無]
◆鼓室形成術	[有・無]