

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・骨密度**

の検査を下記のとおり依頼します。

※↑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.....(  
東京通信病院カテ番号.....

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)  
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**  
◆心不整脈 [ 有・無 ] ◆妊娠の可能性 [ 有・無 ]  
◆ステント [ 有・無 ] ◆喘息(造影禁忌) [ 有・無 ]  
◆人工僧房弁 [ 有・無 ] ◆消化管吻合用クリップ [ 有・無 ]  
◆義眼 [ 有・無 ] ◆閉所恐怖症 [ 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 ] ◆コンタクトレンズ [ 有・無 ]  
◆アレルギーの既往 [ 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 ] ◆鼓室形成術 [ 有・無 ]  
◆他に手術経験がある場合は記載してください  
[ ]