

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

の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〕  
 COVID-19 肺炎罹患歴 ( 有 ・ 無 )  
 ・発症日 ( 年 月 日 )  
 ・退院基準を満たした日、または隔離解除日  
 ( 年 月 日 )  
 ※退院基準を満たした日、または隔離解除日から2週間以内の  
 方、症状のある方は検査できません。  
 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 ]	◆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	