

# □CT・□MRI 検査依頼書 [診療情報提供書]

フリガナ	性別	生年月日
患者氏名	様	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
〒 住所	自宅TEL: 携帯TEL:	

紹介元医療機関: 名称

所在地  
TEL  
FAX  
医師名

検査日	年	月	日 ( )	午前・午後	時	分
-----	---	---	-------	-------	---	---

撮影種類	<input type="checkbox"/> 単純CT	<input type="checkbox"/> 単純MRI	<input type="checkbox"/> 造影MRI			
撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	
	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 下腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤部	<input type="checkbox"/> 肩 ( L R )	<input type="checkbox"/> 肘 ( L R )	
	<input type="checkbox"/> 手関節 ( L R )	<input type="checkbox"/> 上腕 ( L R )	<input type="checkbox"/> 前腕 ( L R )	<input type="checkbox"/> 股関節 ( L R )		
	<input type="checkbox"/> 膝関節 ( L R )	<input type="checkbox"/> 足関節 ( L R )	<input type="checkbox"/> 大腿 ( L R )	<input type="checkbox"/> 下腿 ( L R )		
	<input type="checkbox"/> その他	[ ]				

※診断名・疑い病名

※検査依頼目的・特記事項

あてはまる項目に□をお願いします

体内金属・心臓ペースメーカー・人工内耳・人工関節・脳動脈クリップ等・ その他( )	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
入れ墨・タトゥ・アートメイク	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
カラーコンタクト(サークルレンズ含む)・磁石を使った入れ歯	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
妊娠中または妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有

◆造影検査の場合は必ず記載してください◆

体重 : kg	eGFRまたは血清Cre : ml /min	
糖尿病治療薬(ビグアナイド系)の服用	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
喘息の既往	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
甲状腺疾患	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
造影剤アレルギー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有

鶴川脳神経クリニック

〒195-0053 東京都町田市能ヶ谷1-5-4 ルーブル夏目201

TEL : 042-708-8297

FAX : 042-708-8298

※DVD-R

患者渡し  郵送