

# □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	男・女	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

医療機関印で  
かまいません

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