

# 放射線 検査依頼書・診療情報提供書(CT・MRI検査用)

年 月 日

東京都墨田区東向島2-27-1  
 医療法人 伯鳳会 東京曳舟病院  
 電話番号 03(5655)1120

放射線科 担当者 殿

検査予約日 年 月 日 ( ) 紹介元医療機関の  
 検査時間 AM ・ PM 時 分 所在地及び名称  
 下記患者を紹介申し上げます 電話番号  
 御高診お願い致します 医師氏名 印

患者氏名		性別	男 ・ 女
患者住所		電話番号	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 才)	職業	

傷病名	
紹介目的	CT MRI 検査

CT MRI の検査部位 ; 部位を○で囲んでください。1部位につき、1依頼票で記入してください。

- |         |     |               |      |
|---------|-----|---------------|------|
| ・頭部     | ・頸部 | ・四肢 ( )       | ・頸椎  |
| ・顔面     | ・胸部 | ・冠動脈 ( CTのみ ) | ・胸椎  |
| ・眼窩     | ・腹部 | ・その他          | ・腰椎  |
| ・聴器 聴神経 | ・骨盤 | ( )           | ・股関節 |

造影剤使用希望 有 ・ 無	クレアチニン値( ) ※1ヶ月以内のCr値
	気管支喘息 有 ・ 無
造影剤副作用歴 有 ・ 無	アレルギー ( ) 有 ・ 無
	薬による副作用歴 有 ・ 無

※MRI検査希望の方は下記の項目をご確認下さい(検査を受けられない可能性があります。)

- |  |                                  |                                 |
|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー               | <input type="checkbox"/> 人口内耳    | <input type="checkbox"/> 義手 義足  |
| <input type="checkbox"/> 脳動脈瘤クリップ                | <input type="checkbox"/> 人工弁     | <input type="checkbox"/> 義眼     |
| <input type="checkbox"/> その他の血管クリップ              | <input type="checkbox"/> 人工骨頭・関節 | <input type="checkbox"/> インプラント |
| <input type="checkbox"/> 妊娠及び妊娠している可能性のある方       |                                  |                                 |
| <input type="checkbox"/> てんかんや心臓発作を起こされた経験をお持ちの方 |                                  |                                 |
| <input type="checkbox"/> 仰向けになって30分以上じっとしていただける方 |                                  |                                 |
| <input type="checkbox"/> 狭い場所が苦手な方               |                                  |                                 |
| <input type="checkbox"/> 入れ墨 ・アートメイクをされている方      |                                  |                                 |

主訴及び臨床所見、経過 ・ 具体的撮像指示

現在の処方