診療情報提供書（ＣＴ・ＭＲＩ検査依頼書）

至誠堂総合病院　放射線科　菅井幸雄　宛　　平成　　年　　月　　日

検査予約日時	年　　月　　日（午前・午後）　　時　　分

貴院医療機関名 TEL（　　）－　　－	診療科	担当医師氏名

ふりがな		性別	男　・　女
患者氏名		TEL	（　　）－　　－
生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日（　　歳）		
患者住所	〒　　－		
傷病名			
紹介目的 既往歴 病状経過 など			
患者に関する 留意事項	薬剤などのアレルギー歴　無　・　有（　　） 体内常磁性金属　無　・　有（具体名　　） 心ペースメーカー不在確認　済　・　不明，脳内クリップ不在確認　済　・　不明 その他（　　）		
現在の処方			
血清クレアチニン(Cr) またはｅＧＦＲ (単純の場合は不要です)	測定年月日（　　年　　月　　日） Cr.　　(mg/dl)　，　eGFR　　(ml/min/1.73㎡) ※eGFRの値によっては造影できない場合があります（CT：45未満・MR：30未満）		

依頼検査項目（○をつけて下さい。）参考となる画像、検査結果などありましたら、お貸しください。

ＭＲＩ (単純・造影)	脳　・　頚部　・　肝　・　胆　・　膵　・　MRCP　・　骨盤（　　） 四肢／関節（　　）　・　脊椎（頚椎・胸椎・腰椎）　・　その他（　　）
ＣＴ (単純・造影)	頭部　・　内耳　・　副鼻腔　・　頚部　・　胸部　・　腹部　・　骨盤部　・　大動脈血管 四肢／関節（　　）　・　脊椎（頚椎・胸椎・腰椎）　・　その他（　　）