

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

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	診療科	担当医師氏名
TEL () - -		

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 入れ墨、タトゥー、アートメイク 無 ・ 有 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 m ²) ※eGFRの基準値未満の造影検査は行えません (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、お貸しく下さい。

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