

## CT・MRI検査依頼票(診療情報提供書)

※ 本紙は検査当日にご持参いただき、総合受付へご提出ください。

平成 年 月 日

国際医療福祉大学病院

地域医療連携室 行

電話 0287-38-2786

FAX 0287-38-2787

貴院の名称

所在地

電話番号

FAX番号

医師名

① (フリガナ)		生年月日	性別
患者氏名		明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)	男・女
検査区分	CT ・ MRI	画像のご提出方法	CD-R・フィルム・不要
		画像の搬送方法	郵送・ご本人渡し・不要
造影区分	単純 ・ 造影	読影レポート搬送方法	郵送・FAX

② 部 位	<input type="checkbox"/> 頭部 ( )	<input type="checkbox"/> 骨盤 ( )
	<input type="checkbox"/> 頸部 ( )	<input type="checkbox"/> 四肢 ( )
	<input type="checkbox"/> 胸部 ( )	<input type="checkbox"/> 脊椎 ( )
	<input type="checkbox"/> 腹部 ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )
病 名		
検査目的 病歴等		

③	ペースメーカーの有無	有 ・ 無	※有の場合は、ペースメーカーの機種・型式をご確認下さい。 次の機種では、CT検査ができない場合があります。 メドトロニック社 InSync8040型		
	その他体内金属の有無	有 ・ 無	※有の場合は、部位や素材、挿入年月日など出来るだけ詳しくご記入ください。 ( )		
感染症	HBS	: + ・ - ・ 未	手術歴	有 ・ 無	造影検査は必ずご記入願います 血清クレアチニン値 mg/dl (測定日 年 月 日)
	HCV	: + ・ - ・ 未	刺 青	有 ・ 無	
	TPHA	: + ・ - ・ 未	妊 娠	有 ・ 無	
	他( )	: + ・ - ・ 未			
④	検査希望日時	〔備考〕			
	月 日 ( ) 時間				