# CT・MRI検査依頼書（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。

年　　月　　日


国際医療福祉大学那須医療センター
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<br>年　月　日（　歳） | 男・女 |
| 住所<br>連絡先 | 〒　－<br>TEL:　（　） | | |
| 検査区分 | CT ・ MRI | 画像のご提供方法 | CD-R ・ フィルム |
| | | 画像の搬送方法 | 郵 送 ・ ご本人渡し |
| 造影区分 | 単純 ・ 造影 | 読影レポート搬送方法 | 郵 送 ・ FAX |
| | | | |

②

| | | |
|---|---|---|
| 部 位 | □頭部　（　） | □骨盤　（　） |
| | □頸部　（　） | □四肢　（　） |
| | □胸部　（　） | □脊椎　（　） |
| | □腹部　（　） | □その他　（　） |
| 病 名 | | |
| 検査目的<br>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<br>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<br>（　） | | |
| 感染症 | HBS | ：＋ ・ － ・ 未 | 手術歴 | 有 ・ 無 | **造影検査は必ずご記入お願いします** |
| | HCV | ：＋ ・ － ・ 未 | 刺 青 | 有 ・ 無 | 血清クレアチニン値 |
| | TPHA | ：＋ ・ － ・ 未 | 妊 娠 | 有 ・ 無 | mg/dl |
| | 他（　） | ：＋ ・ － ・ 未 | | | （測定日　年　月　日） |

| | |
|---|---|
| 検 査 希 望 日 時<br>月　日（　）　午前 午後　希望 | ［備考］ |

**国際医療福祉大学病院　地域医療連携室**