

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
	明・大・昭・平		男・女
患者氏名	年 月 日 (歳)		
住所 連絡先	〒 - 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	<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。 <u>メドトロニック社 InSync8040型</u>			
	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お願いします 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			
検査希望日時	[備考]				
月 日 ()	午前	午後	希望		