

CT・MRI・US 検査依頼表（診療情報提供書）

※いずれかに〇をしてください。

お申込み日 年 月 日

紹介元医療機関の所在地・名称

所在地

TEL

FAX

名称

ご担当医師名

ご予約日時 年 月 日 () 午前・午後 時 分

フリガナ 生年月日

患者氏名 大正・昭和・平成・令和
男・女 年 月 日生 (歳)

【住所】 〒

【電話番号】 (日中連絡のとれる電話番号) — —

【患者情報】 身長: _____ cm 体重: _____ kg

【移動方法】 独歩 ・ 車椅子

※注 ペースメーカー装着者のMRI検査は出来ません。その他体内金属の有無 (有 ・ 無)

【検査部位】 ※1回の検査で1部位のみとなります。

- 脳 頭頸部 胸部
 腹部 (肝 ・ 胆 ・ 膵 ・ 副腎 ・ 腎)
 骨盤腔 頸椎 胸椎 腰椎
 膝 (右 ・ 左) 肩 (右 ・ 左) 四肢 ()
 その他 ()

【臨床診断名】

手術歴

薬物アレルギー

【検査目的および臨床経過】 (できるだけ詳しくお書き願います)

画像CDについて 所見同封 当日 (患者様お持帰り)読影レポートの返送期限 翌診療日 (月 日まで)