

(診療情報提供書) 平成 年 月 日

紹介先 東京都済生会中央病院

〒108-0073 東京都港区三田1-4-17

TEL:03-3451-8211(代表) FAX:03-5232-0260

地域医療センター(病診連携室) 内線 2165・2166

MRI・CT 検査依頼票

予約日時 平成 年 月 日 午前・午後 時 分

(済生会中央病院 ID)
フリガナ
氏名 _____ 殿 男・女
生年月日 _____
M・T・S・H 年 月 日 才

ご依頼元医療機関名 _____
ご担当医師名・診療科名 _____
科 _____ 先生
ご連絡先電話番号 _____

ご依頼検査
MRI検査 CT検査

造影希望
無 有 一任
*造影依頼いただいても、既往歴・疾患等によりご希望に添えない場合もあります

*原則として1検査1部位としてください。

ご依頼部位

- 頭部()
- 頸部()
- 頸椎・胸椎・腰椎・仙椎
- 胸部(肺・縦隔)
- 腹部(肝・胆・膵)
- 骨盤(前立腺・膀胱・子宮卵巣)
- 肩 (右・左)
- 膝 (右・左)
- 四肢(右・左)
- その他(右・左)

傷病名・紹介目的

既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過

現在の処方・備考

体内金属(心臓ペースメーカー・人工内耳・ステント・整形外科的金属etc) 無 有
(具体的にご記入ください)
MR 刺青・アートメイクなど 無 有
閉所恐怖症 無 有
妊娠の可能性 無 有

CT 妊娠の可能性 無 有
心臓ペースメーカー・除細動器 無 有

CT・MRI造影剤投与前チェック *記入の無い場合はご希望に添えない場合もあります。
腎機能障害 無 有 過去3ヶ月以内のCrの値 _____ 年 月 日採取
造影剤アレルギーの既往 無 有 喘息の既往 無 有
血糖値降下剤ビグアナイド系薬品の使用 無 有

画像データ出力 CD フィルム 無 (CDとフィルム、両方出力はお取り扱いできません)