

(診療情報提供書)

年 月 日

紹介先

東京都済生会中央病院

MRI・CT 検査依頼票

〒108-0073 東京都港区三田1-4-17

TEL:03-3451-8211(代表) FAX:03-5232-0260

患者支援センター(地域連携室) 内線 5163・5164

予約日時 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・R 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 (造影希望 無 有)

CT検査 (造影希望 無 有 一任)

*造影依頼いただいても、既往歴・疾患など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。 傷病名・紹介目的

ご依頼部位

頭部 頭部+VSRAD 副鼻腔

頸部

頸椎 胸椎 腰椎 仙椎

胸部 心臓

腹部 肝臓 胆道・膵臓

MRCP 腎臓・尿管 副腎

骨盤 前立腺 子宮卵巣

肩(右・左) 四肢(右・左)

股 膝(右・左) 足関節(右・左)

その他()

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 無