



検査依頼票（診療情報提供書）

〈貴院にてご記入の上、患者様へお渡しください〉

ふりがな	
患者氏名：	
生年月日：	男・女
電話：	

依頼元施設名：
ご担当医：
電話：

《検査予約日》 年 月 日 () 《時間》 : ~

予約時間の15分前までにお越しくださるよう、患者様にお伝えください。

MRI 検査	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 造影
頭部	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 他 ()
脊椎	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 他 ()
頸部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 他 ()
腹部	<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 他 ()
骨盤	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 他 ()
四肢	<input type="checkbox"/> 肩関節	<input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 股関節
	<input type="checkbox"/> 膝関節	<input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 他 ()

CT 検査	※単純のみ	
頭部	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 他 ()
脊椎	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 他 ()
頸部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 他 ()
胸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 他 ()
腹部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 他 ()
骨盤	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 他 ()
四肢	<input type="checkbox"/>	()

下記のチェックをお願いいたします

MR, CT	●妊娠の可能性	有	無	造影剤使用時のみ		
MR のみ	●心臓ペースメーカー、除細動器、人工心臓弁	有	無	●気管支喘息	有	無
	●人工内耳、刺激装置、義眼	有	無	●アレルギー ()	有	無
	●体内金属 種類 ()	有	無	●クレアチニン () mg/dl		

チェックに当てはまる場合検査できないことがあります。当院にお問い合わせください。

疾患名または臨床診断・検査目的

その他ご要望（撮影法・画像処理法など）

画像データについて	<input type="checkbox"/> 読影結果と一緒に郵送	<input type="checkbox"/> 当日患者様持ち帰り
-----------	-------------------------------------	------------------------------------

※脳、脳血管の読影結果報告は1~2日後、それ以外の部位は3~7日後のご報告となります。