

検査依頼書(兼 診療情報提供書)

作成日 年 月 日

紹介元医療機関名

科 医師名

患者情報

フリガナ		性別	生年月日	年齢
患者氏名			年 月 日	才
住所		電話		
身長	cm	体重	kg	(※造影検査での造影剤使用量やMRI検査での出力の目安として用います。)

検査部位 ※造影検査の場合は、CT・MRI造影検査(造影剤使用)に関する同意書へeGFR値を記入して下さい。

単純CT	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 内耳 <input type="checkbox"/> シンプラント <input type="checkbox"/> 石灰化スコア <input type="checkbox"/> 下肢静脈3D
造影CT	<input type="checkbox"/> 心臓ABL用 <input type="checkbox"/> 頭部3D <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸動脈3D <input type="checkbox"/> 鎖骨下動脈3D <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 冠動脈3D <input type="checkbox"/> 大動脈3D <input type="checkbox"/> 下肢静脈+胸部 <input type="checkbox"/> 下肢動脈3D <input type="checkbox"/> CABG後冠動脈3D <input type="checkbox"/> 肝臓ダイナミック <input type="checkbox"/> 大動脈弁(TAVI術前評価) <input type="checkbox"/> スtentグラフト挿入術前 <input type="checkbox"/> スtentグラフト挿入術後
MRI	<input type="checkbox"/> 心臓(シネ+T2+灌流(負荷無)+LGE) <input type="checkbox"/> 心臓 非造影(心機能解析) <input type="checkbox"/> 冠動脈MRA(非造影)
単純・造影	<input type="checkbox"/> 頭部 脳+MRA <input type="checkbox"/> 頭部造影 <input type="checkbox"/> 頭部、その他() <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 腹部造影 EOB <input type="checkbox"/> 腹部造影 SPIO <input type="checkbox"/> 腹部 非造影(MRCP) <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 大動脈MRA(非造影) <input type="checkbox"/> 下肢動脈MRA(非造影) <input type="checkbox"/> 下肢静脈MRV(非造影) <input type="checkbox"/> 下肢動脈+静脈(非造影) <input type="checkbox"/> その他()
腎機能	血清クレアチニン mg/dL ・ eGFR mL/min

※造影検査の場合は、3ヶ月以内のCr値とeGFR値を記入して下さい。記載がない場合は当院にて迅速検査を行い造影の有無を判断させていただきます。

診療情報

症病名	
既往歴	植込み器具: ペースメーカ・CRT・ICD・その他金属や電子装置類 → <input type="checkbox"/> MRI対応
アレルギー	無・有()喘息(小児期含) 無・有
透析	無・有(透析医院: 透析日: シャント位置:)
検査目的(症状経過)	※可能な限り詳細にお願い致します。
処方内容	

検査希望日時

第一候補	年 月 日 時 分
第二候補	年 月 日 時 分
第三候補	年 月 日 時 分

医療法人 玉心会

赤羽画像クリニック



TEL :03-5948-6018

FAX :03-5948-6017

赤羽-20241024