

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	

検査

単純CT	☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 骨盤腔 ☐ 上肢 ☐ 下肢 ☐ 眼窩 ☐ 内耳 ☐ 石灰化スコア
造影CT	☐ 冠動脈 ☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 頸動脈 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 骨盤腔 ☐ 鎖骨下動脈 ☐ 大動脈 ☐ PTE+DVT ☐ 下肢動脈 ☐ CABG後冠動脈 ☐ 肝臓ダイナミック ☐ 大動脈弁(TAVI術前評価)
単純MRI	☐ 心臓(心機能解析) ☐ 冠動脈MRA ☐ 脳+脳血管 ☐ 頭部・その他() ☐ VSRAD(認知症検査) ☐ 頸部MRA ☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 骨盤腔 ☐ 腹部(MRCP) ☐ 大動脈MRA ☐ 下肢動脈MRA ☐ 下肢静脈MRV ☐ 下肢動脈+静脈 ☐ その他()
造影MRI	☐ 心臓(シネ+T2+灌流(負荷無)+LGE) ☐ 頭部 ☐ 腹部(EOB) ☐ 腹部(SPIO)
エコー	☐ 心臓 ☐ 頸動脈

診療情報

症病名				
既往歴	植込み器具:ペースメーカー・CRT・ICD・その他電子装置類 → MRI不可、一部金属(チタンなど) → MRI可能			
身長	cm	体重	kg	
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: ショント位置:)			
腎機能	血清クレアチニン mg/dl ・ eGFR mL/min (検査日) ※ 3か月以内に検査がなかった場合は、当院にて迅速検査を行わせていただきます			
検査目的 (症状経過)	※可能な限り詳細に記入お願い致します。			
処方内容				

検査日時

☐ 希望日あり	年 月 日	時ごろ希望
☐ 未定(患者さんご本人より日程調整後、連絡)		



医療法人 玉心会

赤羽循環器内科・画像クリニック

TEL : 03-5948-6018

FAX : 03-5948-6017

赤羽-20250401