

診療情報提供書 (検査依頼票)

本八幡セントラル
放射線科クリニック



貴院カルテ番号

フリガナ

氏名

生年月日

性別

男・女

連絡先(日中連絡のとれる電話番号)

TEL

紹介元医療機関名(紹介元所在地)

電話番号

診療科名

ご担当医師名



検査予約日時

検査部位

貴院次回診察日

月 日 午前 午後 時 分

※上記時刻の30分前までにお越しください

(患者様用確認票に複写されます)

月 日

検査区分

MRI CT US

造影の有無

無 有

造影有の場合

- アレルギー(鉄[MRI]・ヨード[CT]、喘息、妊娠、Cr値が高い方は不可)
- 透析治療中の方はMRI不可、CT要電話連絡

依頼内容

- 頭部 顔面 下垂体
- 副鼻腔 聴器
- 頸部
- 頸椎 胸椎 腰椎 仙椎
- 肺 縦隔 乳腺
- 腹部(肝・胆・膵・腎)
- 前立腺 子宮卵巣 骨盤
- 肩(右・左) 肘(右・左)
- 手関節(右・左) 手指(右・左)
- 股関節 膝(右・左)
- 足関節(右・左) 足(右・左)
- 上肢下肢(上腕・前腕・大腿・下腿)

※その他の部位についてはお電話にて
ご相談ください (047-323-8686)

傷病名・紹介目的(検査目的)

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

下記事項の確認をお願いいたします

- 体内金属(心臓ペースメーカー・人口内耳・脳動脈クリップ・その他の体内金属) (無・有) 有の場合、検査が出来ない場合があります。応相談。
具体的に[]
- 刺青・アートメイク (無・有) 有の場合、検査が出来ない場合があります。
- 入れ歯(磁石で固定するタイプ) (無・有) 有の場合、安定性が低下する恐れがあります。
- 妊娠初期(13週内以内)もしくは妊娠の可能性 (無・有) 有の場合、原則検査不可。

造影時はこちらのご確認もおねがいたします

- 薬剤アレルギーの既往 (無・有) 有の場合、造影出来ないことがあります。
- ぜん息・小児喘息 (無・有) 有の場合、原則、造影禁忌。
- 腎機能障害 (有・無) クレアチニン(Cr)値 () ※Cr値2.0以上の場合、造影禁忌。透析中の方はMRI造影不可。CT要電話連絡。

画像

- CD(簡易viewer付) 不要(画像配信・web配信)
- CD(簡易viewer無) CD持ち帰り

TEL番号 047-323-8686 FAX番号 047-323-8687

※一枚目を当院へFAX願います。

①本八幡セントラル
放射線科クリニック用