

診療情報提供書 兼 CT 検査/MRI 検査申込書

患者氏名	依頼検査を○で囲んでください	
	MRI (単純・造影) CT (単純・造影)	
生年月日 年 月 日 (歳)	身長	体重
	cm	kg
検査日時 (電話 03-6453-7306 でご予約ください)	造影希望時の注意事項	
月 日 () 時 分	<input type="checkbox"/> 腎機能や禁忌事項に問題がないことを確認ください <input type="checkbox"/> 造影希望時は患者の承諾を得て承諾書をお取りください <input type="checkbox"/> 承諾書には医師のサインと患者サインが必須です	

検査 確認事項 (必須)		造影検査 確認事項 (造影希望時必須)	
ペースメーカ・埋め込み型除細動器	有 ・ 無	喘息	有 ・ 無
脳動脈クリップ、血管内ステント、人工関節等の金属の医療デバイス	有 ・ 無	造影剤アレルギー・薬剤アレルギー	有 ・ 無
		ありの場合 薬剤名	
義眼・眼内異物	有 ・ 無	授乳中	有 ・ 無
入れ墨・アートメイク	有 ・ 無	ヒグアナイド系の糖尿病薬の服用	有 ・ 無
閉所恐怖症	有 ・ 無	eGFR (60 以上であること)	mg/ml
妊娠 14 週以内である	有 ・ 無	クレアチニン値	mg/ml

安全な検査運営のために、チェック項目に「有」の回答がある場合には検査をお受けできないことがあります。

下記に臨床情報と検査目的など御記載ください

【検査部位】 具体的にご記載ください (1 検査 1 部位でご依頼ください) []			
【現病歴・主訴】			
【検査目的】			
検査指示医師名			
紹介元 医療機関名		住 所	電 話