

診療情報提供書(兼放射線検査依頼票)

作成日 年 月 日

患者様名 様 男 ・ 女

生年月日 西暦 年 月 日

貴院名 医師名 先生

検査予約日
年 月 日 午前・午後 :

検査種類

MRI	CT	骨密度測定(DEXA法)
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頌椎 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 四肢 () <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 四肢 () <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 腰椎・左大腿骨頌部 <input type="checkbox"/> 腰椎・右大腿骨頌部 <hr/> X-P <hr/> <input type="checkbox"/> 骨盤計測 2方向
造影剤: 要・否	造影剤: 要・否	

臨床診断 :

既往歴、現症 :

検査目的 :

チェック項目(MRI検査時及び造影時は必須 ※造影時は別に同意書が必要です)

HB抗原 (+ - 未検)		HCV (+ - 未検)		梅毒 (+ - 未検)	
MRI		CT			
手術歴	無 (有:)	ヨード造影剤使用歴	無	・	有
体内金属	無 (有:)	ヨード造影剤 副作用歴	無	・	有
妊娠	無 (有:)	喘息	無	・	有
ペースメーカー	無 (有:)	アレルギー	無	・	有
喘息	無 (有:)	甲状腺機能亢進症	無	・	有
アレルギー	無 (有:)	e-GFR	ml/分/1.73cm ²		
MRI造影剤使用歴	無 ・ 有				
MRI造影剤副作用歴	無 ・ 有				
e-GFR	ml/分/1.73cm ²				

検査の予約は下記電話番号に直接ご連絡ください。
 医療連携室: ☎047-398-8011

IMSグループ 明理会 行徳総合病院
 〒272-0103 千葉県市川市本行徳5525-2
 TEL:047-398-8011(医療連携室直通)
 TEL:047-395-1151(代表)
 FAX:047-398-8058(医療連携室直通)