

診療情報提供書（兼 放射線検査依頼票）

検査予約日 ※お申込みいただいた際にお伝えした日時をご記入ください。

令和 年 月 日 午前 午後 :

氏名 : _____ 保険 労災 自賠

生年月日 : 大・昭・平・令 年 月 日 生まれ 性別 :

医療機関名 : _____ 医師名 :

検査目的 : _____

既往歴・現症 : _____

臨床診断 : _____

チェック項目 ※造影時は同意書・血液検査結果を添付してください。添付がない場合、当日撮影ができない可能性があります。

感染症 ※必ずご記入ください。
HB抗原 (+ - 未検)
HCV (+ - 未検)
梅毒 (+ - 未検)

<input type="checkbox"/> MRI (造影剤：要・否)
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸椎
<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"/> 骨密度測定 (DEXA法)
<input type="checkbox"/> 腰椎・左大腿骨頸部
<input type="checkbox"/> 腰椎・右大腿骨頸部
※体内に金属部位は検査不可
骨折既往歴(腰椎) 無・有
体内金属(腰椎) 無・有
骨折既往歴(大腿骨) 無・有
体内金属(大腿骨) 左・右・無

<input type="checkbox"/> CT (造影剤：要・否)
<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 ()

手術歴 無・(有：)
MRI撮影歴 無・(有：)
ペースメーカー 無・(有：)
人工内耳 無・(有：)
妊娠(11週以内) 無・(有：)
体内金属 無・(有：)
喘息 無・(有：)
アレルギー 無・(有：)
MRI造影剤副作用歴 無・(有：)
eGFR ml/分/1.73cm ²

ヨード造影剤使用歴 無・有
ヨード造影剤副作用歴 無・有
喘息 無・有
アレルギー 無・有
eGFR ml/分/1.73cm ²

<input type="checkbox"/> X-P
<input type="checkbox"/> 骨盤計測 2方向

必ずご記入ください！
※記入漏れがあった場合、確認できるまで撮影対応できません。

【お申込み・お問い合わせ】
行徳総合病院
〒272-0103 千葉県市川市本行徳5525-2
TEL：047-395-1151 (代表)
TEL：047-398-8011 / FAX:047-398-8058 (地域医療連携室直通)