

診療情報提供書（検査依頼票）

患者様氏名	(フリガナ)
生年月日/性別	年 月 日 (歳) / M・F
日中連絡のとれる電話番号	

紹介元医療機関名	
電話番号	
ご担当医師名	

予 約 日 時

月 日 () 午前 午後 時 分 30 分前にはご来院下さい

傷病名/紹介目的（読影の指標になりますので、必ずご記入ください）

(チェック) ✓	検査内容
	MR I (1.5T)

※ 当院では、造影剤を使用したMR I の外部依頼は承っておりません。

撮影部位 ☐ (チェック) ✓ / 1 検査 1 部位でお願いします。	
頭部	☐ 頭部 ※ MRIはT1、T2、T2*, FLAIR、DWI、MRAが全てセットです。
頸部	☐ 頸動脈 (MRA) ☐ 椎骨動脈 (MRA)
脊椎	☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 仙椎 ☐ 尾骨
上肢	右・左 ☐ 肩 ☐ 肘 ☐ 手関節 ☐ 手
下肢	右・左 ☐ 股関節 ☐ 膝 ☐ 足関節
その他	

MR I	体内金属（心臓ペースメーカー/人工内耳/脳動脈クリップ/その他） 具体的に（ ）	有・無	有の場合、検査を実施できない場合がございます。 不明な点をご連絡ください。
	刺青（タトゥー）/増毛用パウダー（鉄粉を含む場合があるため）	有・無	場所により検査を実施できない場合がございます。
	カラーコンタクト	有・無	着用したまま検査はできませんので、容器をご持参ください。
	妊娠初期（13週以内）もしくは妊娠の可能性	有・無	有の場合、国際MR学会の勧告により検査はできません。

(チェック) ✓	検査内容
	CT (16MDCT)
	造影剤（あり・なし）

撮影部位 ☐ (チェック) ✓	
頭頸部	☐ 頭部 ☐ 副鼻腔 ☐ 聴器 ☐ 頸椎 ☐ 甲状腺
胸部	☐ 胸部（肺野・縦隔セットです）
腹部	☐ 腹部（上腹部～骨盤腔）
	☐ 肝（ダイナミック） ☐ 脾（ダイナミック）
その他	

【注意】

- ・妊娠中または妊娠の可能性のある方の検査は実施できません。
- ・造影剤使用の場合、貴院にて予め専用の同意書にて記入と署名をお願いします。
- ・C r 値 2.0 以上の場合や透析中の方は、造影検査を実施できません。

結果郵送方法	☐ (チェック) ✓ 下の郵送方法にチェックがない場合、画像と読影結果は郵送とさせていただきます。
画像 (CD-R)	☐ 読影結果と一緒に郵送。 ☐ 当日患者様にお渡し。 ☐ 画像 (CD-R) はいらない。
読影結果	☐ 郵送 ☐ FAX (☎)

この用紙を下記番号へ FAX していただくか、複写して患者様にご持参いただくようお願いします。

朝霞厚生病院 FAX 048-473-5440