

CT・MRI検査依頼書(診療情報提供書)

※本紙は検査当日にご持参いただき、総合受付へご提出ください

年 月 日

国際医療福祉大学成田病院

貴院の名称

地域医療連携室

行 在 地

電話 0476-35-5601

電話 番号

FAX 0476-35-5588

FAX 番号

医 師 名

(フリガナ)		生年月日	性別
患者氏名		明・大・昭・平・令 年 月 日(歳)	男・女
住所 連絡先	〒 - TEL: ()		
検査区分	CT・MRI	画像のご提出方法	CD-R・フィルム
		画像の搬送方法	郵送・ご本人渡し
造影区分	単純・造影	読影レポート搬送方法	郵送・FAX

部 位	<input type="checkbox"/> 頭部()	<input type="checkbox"/> 骨盤()	
	<input type="checkbox"/> 頸部()	<input type="checkbox"/> 四肢()	
	<input type="checkbox"/> 胸部()	<input type="checkbox"/> 脊椎()	
	<input type="checkbox"/> 腹部()	<input type="checkbox"/> その他()	
病 名			
検査目的 病歴等			

ペースメーカーの有無	有・無	※有の場合は、ペースメーカーの機種・型式をご確認ください 次の機種では、CT検査ができない場合があります。メドトロニックInSync8040型			
その他体内金属の有無	有・無	※有の場合は、部位や素材、挿入年月日などできるだけ詳しくご記入ください ()			
感染症	HBS	+・-・未	手術歴	有・無	造影検査は必ずご記入お願いします 血清クレアチニン値 (測定日 年 月 日) mg/dl
	HCV	+・-・未	刺青	有・無	
	TPHA	+・-・未	妊娠	有・無	
	他()	+・-・未			
検査希望日時			午前		
月 日 ()			午後		
[備考]					