

診療情報提供書 兼 依頼書

令和 年 月 日

フリガナ 氏名			様
生年月日	年 月 日	男・女	
連絡先	自宅		
	日中連絡の取れる電話番号		

紹介元医療機関名の所在地及び名称	
電話番号	— —
ご担当医師名	先生

検査区分

MRI CT

予約日時

年 月 日 時 分

検査部位

頭部 (MRI+MRA)

頸部

脊椎
(頸・胸・腰・仙)

胸部

上腹部

下腹部

肩 (右・左)

上肢 (右・左)
()

下肢 (右・左)
()

その他
()

臨床診断・疑い病変名

検査部位、症状、検査目的、検査内容 (具体的に記入をお願いします。)

造影 有 無
 CRE: _____ (3ヶ月以内の値)
 採血結果も一緒にお持ち下さい。

読影 有 無

※下記事項のチェックをお願い致します。

MRI	●体内金属(ペースメーカー・人工内耳・体内精密機器・磁石で固定する入歯・金属加工業勤務の方・銃弾等)	有・無	有の場合、検査不可。
	具体的に: _____		
	●体内金属(脳動脈クリップ・ステント・インプラント・歯列矯正・人工骨頭などの整形外科的金属等)	有・無	有の場合、検査が出来ない場合があります。応相談。
	具体的に: _____		
	●刺青・アートメイク・ネイルアート	有・無	有の場合、検査が出来ない場合があります。応相談。
	●コンタクトレンズ・入歯	有・無	有の場合、外していただきます。
CT	●閉所恐怖症	有・無	有の場合、検査が出来ない場合があります。
	●妊娠の可能性	有・無	有の場合、検査不可。
造影	●妊娠の可能性	有・無	有の場合、検査不可
	●造影剤副作用既往歴有の方・喘息 ●甲状腺機能亢進症	有・無	有の場合、造影検査不可

医療法人社団 美里会
 紹介先 **瀬谷ふたつ橋病院**
 受付時間(9:00~17:00)

予約専用番号 080-5949-7429

FAX 045-303-5666

TEL 045-303-1151(代表)

この依頼書をFAXお願い致します。