

CT・MRI検査依頼票 兼 診療情報提供書・照射録

紹介先医療機関名

令和 年 月 日

新井病院

診療科担当医師 宛

医療法人 新井病院

〒346-0003 埼玉県久喜市久喜中央2-2-28

TEL 0480-21-0070 (放射線科 内線140)

御依頼検査：CT検査 MRI検査

貴院ID	当院ID	御依頼元医療機関の所在地及び名称
フリガナ		
氏名	男・女	
生年月日	M・T S・H 年 月 日 歳	御依頼医師 印
〒		
住所	TEL	携帯

予約日時	20 年 月 日 () 午前 時 分 午後
※上記検査時間の20分前にご来院ください。	

*原則としてMRI検査は1検査は1部位としてください。

CT	MRI	傷病名
<input type="checkbox"/> 頭部 ()	<input type="checkbox"/> 頭部 ()	
<input type="checkbox"/> 頸部 ()	(<input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> VSRAD)	
<input type="checkbox"/> 胸部 ()	<input type="checkbox"/> 頸部 (<input type="checkbox"/> MRA)	紹介目的・検査目的 (詳しくご記入下さいます様、お願い致します)
<input type="checkbox"/> 腹部 ()	<input type="checkbox"/> 上腹部 (肝・胆・膵)	
<input type="checkbox"/> 胸腹部 ()	<input type="checkbox"/> 骨盤腔 ()	
<input type="checkbox"/> 骨盤 ()	(子宮・卵巣・前立腺)	
<input type="checkbox"/> 四肢 ()	<input type="checkbox"/> 脊椎 (頸・胸・腰・仙)	
(右・左)	<input type="checkbox"/> 股関節 (右・左)	
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 膝 (右・左)	既往歴及び家族歴
	<input type="checkbox"/> 肩 (右・左)	
	<input type="checkbox"/> 四肢 ()	症状経過及び検査結果・治療経過・現在の処方・備考
	(右・左)	
	<input type="checkbox"/> 心臓 (冠動脈・心機能)	
	<input type="checkbox"/> 血管 ()	
	<input type="checkbox"/> その他	

妊娠	<input type="checkbox"/> 有 (週) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	*CT:原則禁忌です。 *MRI:14週未満はご本人の承諾が必要です。
----	-----------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------

MRI検査前チェック (厳重にお願いします)

絶対禁忌	原則禁忌	適応注意	その他の体内金属	
心臓ペースメーカー	無・有		無・有	
人口内耳	無・有		閉所恐怖症	無・有
脳動脈瘤クリップ	無・有	適応注意	義肢	無・有
冠動脈ステント	無・有		義眼	無・有
消化管吻合クリップ・ステント	無・有		マグネット式義歯	無・有
鼓室形成術	無・有		補聴器	無・有
人工骨頭・人工関節	無・有		入れ墨	無・有
その他の整形外科的金属	無・有		伏針	無・有

CT			MRI		検査日
管電圧	管電流	時間	Scan name	TR/TE/FA	R 年 月 日
120 kV . 130 kV	AUTO	sec			担当技師