

# 放射線検査依頼書（診療情報提供書）

社会医療法人 志聖会  
総合犬山中央病院

FAX 0568-62-8222

令和 年 月 日

医療機関名

診療科及び  
医師名

印

放射線 科

御担当医 先生

医療機関住所

電話番号

- -

FAX番号

- -

★患者情報

ふりがな		生年月日	性別
患者氏名		大・昭 平・令 年 月 日	男・女
住所	〒		
電話番号	( ) -	携帯番号	-

★依頼内容

経過及び依頼目的  別紙診療情報提供書参照

★予約希望日

第1希望	月 日 ( )	第2希望	月 日 ( )
第3希望	月 日 ( )	希望日なし	

★検査項目

<input type="checkbox"/> CT ・単純 ・造影 ・単純+造影 <部位> ・頭部・胸部・腹部・骨盤 ・その他( )	体重( kg) 身長( cm) ペースメーカー 無・有 人工内耳 無・有 MR非対応の体内金属 (脳動脈クリップなど) 無・有 義歯・歯科インプラント 無・有 → 着脱(可・不可)or インプラント 入れ墨・アートメイク 無・有 閉所恐怖症 無・有 妊娠又は妊娠の可能性 無・有
<input type="checkbox"/> MRI ・単純 ・造影 ・単純+造影 ・MRA ・その他( ) <部位> ・頭部・胸部・腹部・頸椎・胸椎・腰椎 ・MRCP・EOB ・その他( )	*造影時のみ記入 体重( kg) 身長( cm) ヨード過敏 無・有・不明 気管支喘息 無・有(治療中/治療無) 腎機能 正常・異常 (eGFR ml/min/1.73m <sup>2</sup> ) →測定日: 年 月 日 アレルギー 無・有( ) 糖尿病 無・有(薬剤 )
検査結果の画像はCD-Rにて提供致します	
<input type="checkbox"/> 骨密度測定 身長 cm 体重 kg	
<input type="checkbox"/> RI 脳血流シンチ (IMP・ECD) 負荷心筋シンチ(タリウム・テクネ) ・その他( )	