

CT ・ MR ・ DEXA 検査 依頼書 (診療情報提供書)

紹介元医療機関名	医師名
所在地 〒	印
TEL(- -)	FAX(- -)

フリガナ	明・大・昭・平・令 年 月 日生
患者氏名	男・女 (歳)
住所	TEL

検査日時

身長 cm / 体重 kg

年 月 日 () 午前・午後 時 分

注 1. 造影剤使用の場合は必ず患者さんの同意書及び問診票のご記入をお願いします。

注 2. ペースメーカー装着者のMRI検査はお請け出来ません。

CT検査の場合、ペースメーカーの機種によっては不具合が生じることがあるため、メーカー名と型番を記入ください。

メーカー名 () 型番 ()

検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 内耳・中耳 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 下肢	造影検査 チェック <input type="checkbox"/> 単純のみ <input type="checkbox"/> 単純+造影
	<input type="checkbox"/> 心臓CT 下記ア～オから該当する医学的根拠を選択してください <input type="checkbox"/> ア 諸種の原因による冠動脈の構造的・解剖学的異常 <input type="checkbox"/> イ 急性冠症候群 <input type="checkbox"/> ウ 狭心症 <input type="checkbox"/> エ 狭心症等が疑われ冠動脈疾患リスク因子が (糖尿病、高血圧、脂質異常症、喫煙等)がある <input type="checkbox"/> オ その他、冠動脈CTが医学的に必要と認められる(詳細な理由の記載が必要です)	

傷病名 症状経過・検査結果・治療経過など

既往歴 家族歴

依頼目的(検査で何を知りたいのか具体的な記入をお願いします)

現在の処方