

検査依頼用紙(診療情報提供書)

放射線科用・FAX兼用

社会福祉法人  
あそか会 あそか病院 放射線科御中  
〒135-0002 江東区住吉1-18-1 Tel.(03)3632-0290(代)

平成 年 月 日

紹介医療機関
医師名

患者氏名	フリガナ	主訴及び病名
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)		性別 男・女

検査年月日 年 月 日 予約時間 午前・午後 時 分

検査依頼項目(検査項目に○をお付け下さい)

・CT及びMRI検査(単純・造影)

頭部	胸部	腹部	骨盤部	脊椎	その他
1. 天幕上部	1. 縦隔	1. 肝	1. 膀胱	1. 頸椎	1. 膝関節
2. 後頭窩	2. 肺・肋膜	2. 脾	2. 子宮卵巢	2. 胸椎	2. 甲状腺
3. 眼窩	3. 心血管	3. 膵	3. 前立腺	3. 腰椎	3.
4. トルコ鞍		4. リンパ節	4. 骨盤	4. 仙椎	4.
5. 顔面骨		5. 腎			
6. 副鼻腔		6. 大動脈			

・MDL検査

・エコー検査

1. 腹部 2. 心エコー 3. その他( )

MRI検査チェック		造影検査チェック(CT・MRI共通)	
心臓ペースメーカー・人口内耳	有・無	喘息	有・無
脳動脈ステント・冠動脈ステント	有・無	造影剤・薬剤アレルギー	有・無
その他の血管クリップ・体内金属	有・無	授乳中の方	有・無
入れ墨・義眼	有・無	感染症の有無	有・無
閉所恐怖症	有・無	※「有」は詳細記入( )	有・無
妊娠3ヶ月以内	有・無	クレアチニン値	mg/gl

主訴、所見等