

MRI・超音波・CT 検査依頼票

(診療情報提供書) ver2.0

たつの市民病院 担当医 宛

医療機関名

※ CD-Rの当日持ち帰りの有無

紹介医師名

(あり ・ なし)

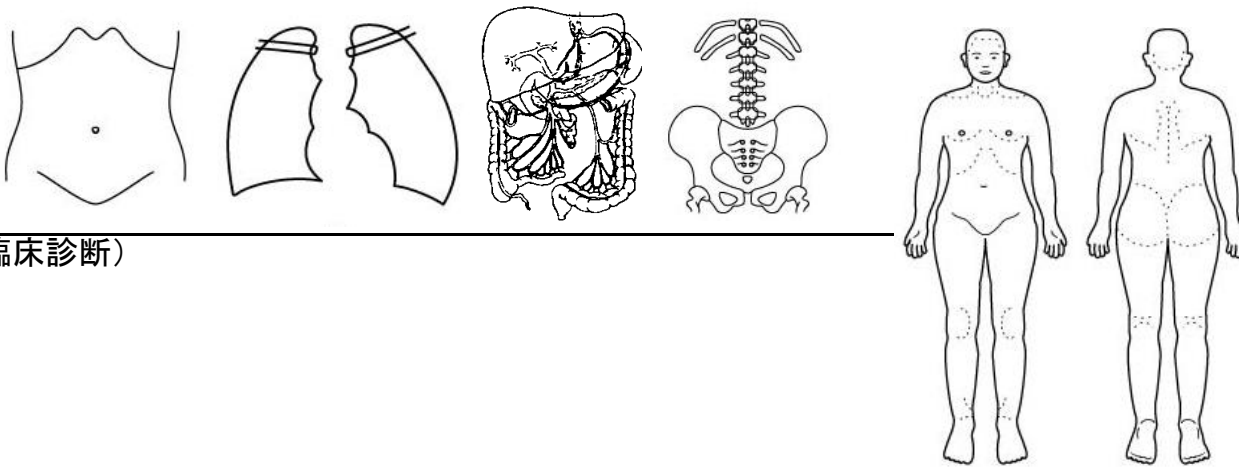
TEL・FAX

予約日時	年 月 日 時 分
氏 名	性 別 男 ・ 女
生年月日	年 月 日 (才) 貴院通院 通院 ・ 初診

MRI	頭部・肝臓・腎臓・MRCP・前立腺・骨盤内腔・軟部腫瘍 頸椎・胸椎・腰椎・股関節・肩・膝・他 ()		
超音波	甲状腺・頸動脈・心臓・腹部・乳腺・他 ()		
C T	頭部・頸部・胸部・上腹部・下腹部・他 ()		

造影の有無	有・無・有+無・Dynamic	目的部位	R ・ L
-------	-----------------	------	-------

腎機能(造影する場合)	(eGFR mL/min1.73m ²) 検査した日付 (年 月 日)
-------------	--


(臨床診断)

(臨床経過及び検査目的)

CT・MRI 検査前チェック				
心臓ペースメーカー	有	無	仰臥位安静	可 不可
体内金属	有	無	造影剤アレルギー	有 無
妊娠の可能性	有	無	ビグアナイド系糖尿薬の服用	有 無