

診療情報提供書（放射線科依頼書）

独立行政法人地域医療機能推進機構

平成 年 月 日

東京蒲田医療センター

〒144-0035 大田区南蒲田2丁目19番2号

TEL 03(3738)8221 (病院代表)

FAX 03(5744)3280 (地域連携室)

*事前にFAX送信をお願いします

紹介元
医療機関名

所在地

1) 電話予約日 月 日

2) 検査予定日 月 日

AM・PM 時 分

医師氏名 先生

TEL

フリガナ		男	当センター受診歴 有・無	年齢
患者氏名		女	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日	歳
患者住所			連絡先TEL	

CT MRI デンタルCT (保険・自費) 単純 造影

頭部 頭部 (+MRA) 眼窩・副鼻腔 頸部 胸部 上下腹部 上腹部 骨盤部

脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎) 四肢 (詳細:) その他 ()

検査前確認項目 (有の場合は下記欄に記入してください) ※記入もれの場合検査は施行できません。

CT (単純の場合は①のみ)

MRI (単純の場合は①~⑥のみ)

① 妊娠 (有・無)	① 心臓ペースメーカー (有・無)
② ヨード造影剤の副作用歴 (有・無)	② 脳動脈クリップ (有・無)
③ 喘息【治療中や既往歴のある方は造影禁忌】 (有・無)	③ 人工内耳 (有・無)
④ 甲状腺疾患【甲状腺機能亢進症は造影禁忌】 (有・無)	④ 妊娠 (有・無)
⑤ 薬やその他のアレルギー (有・無)	⑤ 閉所恐怖症 (有・無)
⑥ 心疾患・褐色細胞種 (有・無)	⑥ 体内埋め込み金属【入れた時期・部位・材質等を記入】 (有・無)
⑦ 糖尿病薬 (ビアグナイド系) の服用 (有・無) 【ビアグナイド系薬を服用の場合は造影禁忌】	⑦ 喘息【治療中や既往歴のある方は造影禁忌】 (有・無)
⑧ 腎機能障害【Cre 1.5mg/dl以上は造影禁忌】 (有・無)	⑧ 薬やその他のアレルギー (有・無)
	⑨ 腎機能障害【Cre 1.5mg/dl以上は造影禁忌】 (有・無)

画像診断依頼の理由、特に知りたい情報、臓器などをご記入下さい。

*造影剤使用禁忌の疾患、薬剤等に関して必ず検査前確認項目のチェックをお願い致します。

画像情報提供媒体の選択 フィルム CD-R

平成28年3月10日