

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

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

3) 予約時間 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 大・昭・平 年 月 日	歳
患者住所			連絡先TEL	

XP CT MRI デンタルCT (保険・自費) 単純 造影

頭部 頭部(+VSRAD) 頭部(詳細:) 頸部 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎)

胸部 上下腹部 上腹部 骨盤部(詳細:)

四肢(詳細:) その他(詳細:)

画像情報提供媒体(CD)のお渡し方法

後日郵送 当日手渡し (読影レポートは後日郵送となります)

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。

XP・CT (単純の場合は⑧のみ)

MRI (単純の場合は①～⑦のみ)

① ヨード造影剤に過敏症の方【造影禁忌】 (有・無)	① 心臓ペースメーカー (有・無)
② 重い甲状腺の病気のある方【造影禁忌】 (有・無)	② 脳動脈クリップ (有・無)
③ 気管支喘息の方【原則造影禁忌】 (有・無)	③ 人工内耳 (有・無)
④ 重い心臓・肝臓病気のある方 腎臓の働きの悪い方【原則禁忌】 (有・無)	④ 妊娠 (有・無)
⑤ マクログロブリン血症・多発性骨髄腫 テタニー・褐色細胞種の方【原則禁忌】 (有・無)	⑤ 閉所恐怖症 (有・無)
⑥ 糖尿病薬(ビグアナイド系)の服用 (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 腎機能障害【eGFR30mL/min以下は造影禁忌】 (有・無)	⑦ 尿道に管を入れてる【DIBキャップ:交換が必要です】 (有・無)
⑧ 妊娠中・妊娠の可能性のある方 (有・無)	⑧ 喘息【治療中や既往歴のある方は造影禁忌】 (有・無)
	⑨ 薬やその他のアレルギー (有・無)
	⑩ 腎機能障害【eGFR30mL/min以下は造影禁忌】 (有・無)

画像診断依頼の目的、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。