

紹介状(診療情報提供書)兼 CT・MRI 検査予約依頼票

FAX:03-3685-2766 受付時間 平日9:00~17:00、土9:00~13:00

■太枠内をご記入してFAX後、原本は当日ご持参下さい。

フリガナ		男・女
患者氏名		
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 歳	
住所	〒 -	
TEL	- -	※ID()

医療機関名
所在地
電話番号
FAX番号
医師名保険者番号
記号・番号
有効期間

公費番号
受給者番号
有効期間

保険外診療 (自賠責・労災・自費)

※保険証・各種医療証のコピーの送信でも結構です。

画像出力	結果
<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム	<input type="checkbox"/> 当日患者渡し <input type="checkbox"/> 後日配送

検査予約日時		当院来院時間は、予約時間の
令和 年 月 日 ()	午前 午後	時 分
		30分前 にお願ひ致します。

検査区分	造影剤使用の有無
<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(*同意書添付)

※ご希望の検査と部位にチェックをつけて下さい。

※1枚1オーダーをお願い致します。

※造影剤使用の場合、説明及び同意書を必ずとって下さい。

撮影部位	主訴及び現病歴要約・検査目的
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 聴器 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 下垂体	【傷病名】
<input type="checkbox"/> 頸部	
<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 乳腺	撮影詳細・注意事項
<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 子宮卵巣 <input type="checkbox"/> MRCP	
脊椎 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎	
四肢 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手 [左・右] <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 足	
<input type="checkbox"/> その他 ()	

MRI用検査事前チェック 「はい・いいえ」いずれかに○を付けて下さい。

今までにMRI検査を受けた事がありますか。	はい・いいえ	体内に金属類の植込みがありますか。	はい・いいえ
心臓ペースメーカーが入っていますか。	はい・いいえ	「はい」の場合…… ■金属の種類は何ですか。 ・脳動脈クリップ ・ステント ・シャントバルブ ・義眼 ・人工関節 (部位:) ・その他() ■何年前から使用していますか。(年前)	
…MRI対応心臓ペースメーカーですか。	はい・いいえ		
「はい」の場合…検査予約時「MRI対応である」旨を必ず当院へ伝えて下さい。			
閉所恐怖症ですか。	はい・いいえ		
妊娠中、またはその可能性がありますか。	はい・いいえ		
次のものはありますか。	・刺青 ・アートメイク ・補聴器 ・カラーコンタクト	義歯はありますか。	はい(取り外し可・不可・磁石固定型)・いいえ

(問い合わせ先)

(第2土曜日除く)

医療連携室 :03-3685-2253 (平日9:00~17:00、土曜日9:00~13:00)

上記以外の時間帯 (代表) 03-3685-2166 放射線科へ

〒136-0072

東京都江東区大島6丁目8番5号

社会医療法人社団 順江会 江東病院