

診療情報提供書 検査依頼書

(封筒に入れて受診者にお渡し下さい)

予約日	月 日 ()	午前 午後	時 分
ふりがな 患者氏名	様	医療機関名	
生年月日	T S H 年 月 日 男・女		

ご依頼の検査項目・部位を○で囲んで下さい。(MRIは1部位でお願い致します)

- 1 MRI検査
 - ①脳 ②副鼻腔 ③内耳 ④眼窩 ⑤頸椎 ⑥胸椎 ⑦腰椎
 - ⑧骨盤腔 ⑨上腹部() ⑩膝関節 (右・左) ⑪()
- MRA検査
 - ①頭部 ②頸部
 - (MRI禁忌) ・心臓ペースメーカー ・体内除細動器 ・人工内耳
 - ・妊娠及びその可能性のある方 ・閉所恐怖症の方 等
 - (その他) ・人工弁 ・圧可変式シャント ・動脈瘤クリップ 等体内留置金属は種類によりMRI禁忌のものがありますので、手術を受けられた医療機関に確認してください。
- 2 CT検査 ①脳 ②副鼻腔 ③内耳 ④胸部 ⑤上腹部 ⑥骨盤腔 ⑦()
- 3 大腸CT検査
- 4 胃部X線透視検査
- 5 胃内視鏡検査 (抗血栓薬の服用 あり ・ なし)
- 6 注腸造影
- 7 X線単純撮影 胸部 ①正面 ②正側 (撮影方向は 右→左 左→右)
- 8 超音波検査 ①腹部エコー ②心臓エコー ③頸動脈エコー
- 9 エルゴメーター運動負荷心電図
- 10 ホルター心電図
- 11 骨密度検査
- 12 肺機能検査
- 13 マンモグラフィー (乳房X線撮影2方向)
 - ※心臓ペースメーカー・V-Pシャント・豊胸手術・授乳中、断乳後1年未満 の方は出来ません。
- 14 その他の検査 ()

下記の項目は、必ずご記入下さい。(出来るだけ日本語でお願いします)

- ① 疑病名
- ② 患者の症状
- ③ 検査目的