

MRI・超音波・CT 検査依頼票

(診療情報提供書)

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 ()				
CT	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)もしくは(血清Cr mg・dl)		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