

# 検査依頼書 [診療情報提供書]

① 紹介先提出用

令和 年 月 日

紹介先医療機関名

紹介元医療機関名 (病院・施設印で構いません)

戸塚共立いずみ野病院

当院受診歴 (あり・なし)

予約日時 月 日 時 分 医師名

フリガナ

患者氏名 様 男・女 T・S・H・R 年 月 日生

住所 TEL ( ) -

・診断名・疑い病名

・診断名に対する臨床情報

※検査必要項目を下記から選択し、○をつけてください

MRI	【頭頸部】	・頭部	・頭部MRA	・頸部MRA	・内耳道	・副鼻腔	・頸部
	【体幹】	・胸部	・腹部(肝臓・腎臓・MRCP)		・骨盤(婦人科・前立腺)		
	【椎体】	・頸椎	・胸椎	・腰椎			
	【上肢(右・左)】	・肩関節	・肘関節	・手関節	・上腕	・前腕	・手(手指)
	【下肢(右・左)】	・股関節	・膝関節	・足関節	・大腿	・下腿	・足(足趾)
	【その他】	( )					
CT	【頭頸部】	・頭部	・内耳道	・副鼻腔	・頸部		
	【体幹】	・胸部	・腹部	・骨盤			
	【その他】	( )					
撮影方法	1. plain    2. plain + CE    3. Dynamic    4. CTA ※造影剤検査を必要とする場合は、別紙の「造影剤の同意書」の記載をお願いします						
放射線検査	骨塩定量 ※手関節手術：有・無    シャント：有・無(有は検査不要)    XP ( )						

※医師チェック項目 (あてはまる項目に○をつけてください)

## ■MRI絶対的不可条件のチェックをお願いします

- なし
- あり → ・ペースメーカー ・脳動脈瘤クリップ(非チタン) ・磁気性シャントバルブ ・人工内耳  
・ステント(術後3ヶ月以内) ・妊娠初期(8~12週) ・カラーコンタクト

## ■その他金属類などの確認もお願いします

- なし
- あり → ・体内埋め込み金属( ) ・人工弁 ・人工関節  
・義歯 ・義眼 ・刺青 ・ICD(植込み型除細動器)  
・その他( )