

銚子市立病院 CT・MRI 撮影依頼書(診療情報提供書)

銚子市立病院
放射線科 担当医 宛
【 TEL 】 0479-23-0011
【 FAX 】 0479-25-5375

依頼元医療機関名

医師名

TEL :

FAX :

予約受付時間 平日 9:00~16:30
(土・日・祝祭日は休み)

カナ		性別	生 年 月 日		
患者氏名	様	男 ・ 女	M ・ T ・ S ・ H	年	月 日生 () 歳
住所			連絡先	-	-

希望検査 (CT ・ MRI) ・ 撮影希望日時

第1希望 : 平成 年 月 日 () 午前 ・ 午後 時 分

第2希望 : 平成 年 月 日 () 午前 ・ 午後 時 分

臨床診断・症状・目的 等できるだけ詳細に記載して下さい。

画像出力方法 フィルム(返却不要です) CD-R(返却不要です)

検査部位(撮影方向・方法等)

中枢神経 (脳 ・ 下垂体)

頭頸部 (咽頭 ・ 喉頭 ・ 唾液腺 ・ 甲状腺 ・ 副鼻腔 ・ 聴器 ・ 眼窩)

胸部 (肺縦隔 ・ 大血管 ・ 乳房)

腹部 (肝 ・ 膵 ・ 脾 ・ 胆のう ・ 腎 ・ 大動脈 ・ MRCP)

骨盤腔 (子宮 ・ 卵巣 ・ 膀胱 ・ 前立腺)

脊柱 (頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎)

関節 (肩 ・ 肘 ・ 股 ・ 膝 ・ 手 ・ 足) 【 右側 ・ 左側 】

MRアンギオ (頸部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 下肢)

その他 ()

造影 (単純のみ ・ 造影) ⇒ 上記患者に対し、本文書にて造影CT・MRI検査について説明致しました。

医 師 (印)

チェックリスト			造影剤使用チェックリスト		
心臓ペースメーカー	: 無 ・ 有	義眼	: 無 ・ 有	造影剤アレルギー	: 無 ・ 有
心臓人工弁	: 無 ・ 有	カラーコンタクト	: 無 ・ 有	喘息	: 無 ・ 有
手術クリップ等	: 無 ・ 有	義歯・インプラント	: 無 ・ 有	腎機能障害	: 無 ・ 有
人工関節	: 無 ・ 有	入れ墨	: 無 ・ 有	尿素窒素	: ()
人工中耳・内耳	: 無 ・ 有	妊娠(現在)	: 無 ・ 有	クレアチニン	: ()
体内金属・金属片 (部位)	: 無 ・ 有	体重	: () kg		