

CT・MRI予約受付票

(診療情報提供書)



社会福祉法人 賛育会
賛育会病院

〒130-0012 東京都墨田区太平3-20-2
TEL 03-3622-9191 (代表)

申込用 TEL : 03-5619-1555 FAX : 03-6284-1377

ご希望の検査に○をつけて下さい	C T	M R I
------------------------	------------	--------------

フリガナ 患者様氏名 殿	生年月日 年 月 日	性 男 性 女 性	
住所 〒 -	電話番号 () -		
当院受診歴 有・無 ※有の場合→	当院診察券№		

検査部位：部位を○で囲んで下さい。 ※原則として1検査1部位として下さい。

1. 頭 部	6. 乳 房	11. 骨盤腔 ()	15. その他	17. 上・下肢 (整)	18. MRA
2. 内 耳 (耳)	7. 肝 臓		16. 脊 椎 (整) 頸椎・胸椎 腰椎・仙尾骨	肩関節 (右・左)	頭 部
3. 副鼻腔 (耳)	8. 胆 嚢	12. 膀胱・前立腺		手関節 (右・左)	頸 部
4. 頸 部	9. 膵 臓	13. 子宮・卵巣		手 (右・左)	胸 部
5. 肺・縦隔	10. 腎 臓	14. MRCP		股関節 (右・左)	腹 部
傷 病 名				膝関節 (右・左)	()
			検査目的		

既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療結果・現在の処方・患者様に関する留意事項などの記載欄

検査前 問診 (CT・MRI共通)

妊娠・妊娠の可能性 有 () ヶ月) ・ 無

造影検査の必要性 有・無

現在の身長・体重 (身長 cm / 体重 g)

MRI検査問診票	造影剤使用 問診票
①心臓ペースメーカー 有・無	①喘息 (造影禁忌) 有・無
②脳動脈クリップ・その他クリップ (有の場合 MRI対応 部位) 可・不可	(有の場合 症状)
③人工内耳 有・無	②腎機能障害 (クレアチニン値)
④冠動脈ステント 有・無	③アレルギー既往 (有の場合)
⑤磁石式義歯 有・無	④糖尿病薬の服用 (薬品名)
⑥人工骨頭・人工関節 (有の場合部位：セラミック・磁性体・非磁性体) 有・無	⑤造影剤使用した検査経験 (有の場合 検査内容)
⑦入れ墨 有・無	⑥造影剤アレルギー既往 (有の場合 症状)
⑧補聴器・義眼・入歯 有・無	⑦感染症 有・無
⑨30分間静止できますか？ 出来る・出来ない	(有の場合)
⑩閉所恐怖症 有・無	

希望検査日 年 月 日	紹介元医療機関名
午前・午後 時 分	所在地
決定来院日 年 月 日	TEL
午前・午後 時 分	FAX
	医師名 () (科)