

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

申込用 TEL・FAX 03-5619-1555 TEL 03-3622-9191(代表)

ご希望の検査に	をつけて下さい	CT	MRI
---------	---------	----	-----

フリガナ 患者氏名	殿	生年月日 M・T S・H	年	月	日	性	男性	女性	
住所	〒					電 番 話 号	()	-	
当院受診歴 有・無				有の場合					当院診察券

検査部位: 部位を で囲んでください。 原則として1検査1部位としてください

1. 頭部	6. 肺臓・縦隔	11. 腎臓	15. MRCP	18. 上・下肢 (整)	19. MRA
2. 内耳 (耳)	7. 乳房 (外)	12. 骨盤腔	16. その他	肩関節(右・左)	ウィルス輪
3. 副鼻腔 (耳)	8. 肝臓	()		手関節(右・左)	総頸動脈
4. 頸部	9. 胆嚢	13. 膀胱・前立腺	17. 脊椎 (整)	手 (右・左)	胸部
5. 甲状腺	10. 脾臓	14. 子宮・卵巣 (婦)	頸椎・胸椎	股関節	腹部
			腰椎・仙尾骨	膝関節(右・左)	下肢
傷病名			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

MRI用 検査前チェック

造影の必要性	有	無	検査医師に一任	
患者様は30分間静止できますか	出来る・出来ない・静止の方法()			
検査不可	閉所恐怖症	有・無	担当 医 の 許 可 に よ り 施 行 可	
	心臓ペースメーカー	有・無		
	冠動脈ステント(MRI非対応)	有・無		
	脳動脈クリップ(MRI非対応)	有・無		
	その他動脈クリップ(MRI非対応)	有・無		
	人工内耳	有・無		
	磁石式義歯	有・無		
	入れ墨	有・無		
	妊娠	有・無		
	伏針	有・無		
重篤な発作の可能性	有・無	消化管吻合用クリップ(MRI非対応)	有・無	
手術経験	有(具体的に)	無	鼓室形成術	有・無
			補聴器	有・無
			義眼	有・無
			人工骨頭	有・無
			人工関節	有・無
			(有の場合: セラミック・磁性体・非磁性体)	
			その他整形外科的金属	
			有()・無	
			重症不整脈	有・無
			感染症 STS() HBS() HCV()	
			その他()	
			アレルギーの既往	有・無
			造影剤を使用しての検査経験がある	有・無
			(有りの場合)何の検査でしたか	
喘息(造影禁忌)	有・無		CT・尿路造影・胆道造影・血管撮影・MRI検査	
現在の体重	kg		副作用の有無	有()・無

CT用 検査前チェック

造影の必要性	有	無	検査医師に一任
造影剤アレルギーの既往	有・無	腎機能障害	有・無
喘息(造影禁忌)	有・無	妊娠 +()ヶ月	- 不明
			感染症 STS() HBS() HCV() その他()

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