

CT・MRI 予約受付票

(診療情報提供書)

CD-Rは
(郵送・直接受取)



社会福祉法人 賛育会
賛育会病院

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

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

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	性	男 性
		年 月 日	別	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	()		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	16. 脊 椎(整)	手 (右・左)	胸 部
5. 肺・縦隔	10. 腎 臓	14. MRCP	頸椎・胸椎	股関節 (右・左)	腹 部
			腰椎・仙尾骨	膝関節 (右・左)	()
傷 病 名			検 査 目 的		

既往歴、ほか留意事項

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 可・不可) 部位	(有の場合 症状)
③人工内耳 有・無	②腎機能障害 有・無
④冠動脈ステント 有・無	(クレアチニン値)
⑤磁石式義歯 有・無	③アレルギー既往 有・無
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	(有の場合)
⑦入れ墨 有・無	④糖尿病薬の服用 有・無
⑧補聴器・義眼・入歯 有・無	(薬品名)
⑨30分間静止できますか？ 出来る・出来ない	⑤造影剤使用した検査経験 有・無
⑩閉所恐怖症 有・無	(有の場合 検査内容)
	⑥造影剤アレルギー既往 有・無
	(有の場合 症状)
	⑦感染症 有・無
	(有の場合)

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