

**紹介状・診療情報提供書
(MRI・CT・骨密度検査依頼票)**

ふりがな		紹介元医療機関
患者氏名	男・女	電話番号・FAX 番号
生年月日		診療科名
連絡先電話	()	ご担当医師名
身長・体重	cm kg	㊞

予約日時 (紹介元医療機関からのご予約)	貴院次回診察日
年 月 日 午後 時 分 より	年 月 日 (日後)

●疾病名

●既往歴及び家族歴・症状経歴および検査結果・治療経過

●現在の処方・備考

●検査区分 (基本的にMRI・CTの造影検査は、安全面を考慮しお断りさせて頂いております。)

<input type="checkbox"/> MRI (1.5T)	<input type="checkbox"/> MRI (3.0T)	【検査に関するご要望】
<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 骨密度	

●検査内容

MRI・CT	依頼内容	骨密度依頼内容
<input type="checkbox"/> 頭部 (頭部・顔面・顎関節)	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腰椎
<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 肩 (左・右)	<input type="checkbox"/> 大腿骨 (左・右)
<input type="checkbox"/> 腹部 (肝・胆・膵・腎)	<input type="checkbox"/> 膝 (左・右)	<input type="checkbox"/> 腰椎+大腿骨
<input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・仙椎)	<input type="checkbox"/> 乳房 (左・右)	
<input type="checkbox"/> 骨盤 (前立腺・膀胱・子宮卵巣)	<input type="checkbox"/> その他 (左・右) ()	

■以下につきまして、チェックをお願いいたします。(必ずご記入ください)

MRI	●体内金属 (ペースメーカー・人工内耳・脳動脈クリップ・ステント・その他体内金属: ())	有・無	有の場合、検査ができない場合があります。応相談。
	●刺青・アートメイク	有・無	有の場合、検査ができない場合があります。応相談。
	●カラーコンタクト	有・無	有の場合、検査前に取り外していただきます。
	●磁石で固定するタイプの入れ歯・磁性体インプラント	有・無	有の場合、検査ができない場合があります。応相談。
	●薬剤アレルギーの既往	有・無	有の場合、原則、紹介患者様の造影は禁忌としております。
	●喘息・小児喘息	有・無	有の場合、原則、紹介患者様の造影は禁忌としております。
	●腎機能: クレアチン値 () e-GFR 値 ()	有・無	Cr 値 2.0 以上の場合または e-GFR 値 30 以下の場合造影禁忌。
	●妊娠初期 (15 週以内) もしくは妊娠の可能性	有・無	有の場合、原則検査不可

CT	●喘息・(重篤な)腎機能障害	有・無	有の場合、原則、紹介患者様の造影は禁忌としております。
	●腎機能: クレアチン値 () e-GFR 値 ()	有・無	Cr 値 2.0 以上の場合または e-GFR 値 30 以下の場合造影禁忌。
	●妊娠初期 (15 週以内) もしくは妊娠の可能性	有・無	有の場合、原則検査不可

骨密度	●骨折の既往	有 (L1・L2・L3・L4・L5・右大腿骨・左大腿骨)	無
	●体内金属	有 (L1・L2・L3・L4・L5・右大腿骨・左大腿骨)	無
	●近日中の造影検査 (バリウムを含む)	有 ()	無
	●妊娠の可能性	有・無	●近日中に核医学検査を受けられた方は原則として禁忌です。



医療法人財団順和会
山王メディカルセンター

〒107-0052 港区赤坂 8-5-35
TEL. 03-3402-5581 (代表)

FAX : 03-3402-5529

放射線室 行