

検査依頼書(兼 診療情報提供書)

作成日 年 月 日

紹介元医療機関名

科 医師名

患者情報

フリガナ		性別	生年月日	年齢
患者氏名			年 月 日	才
住所				電話
身長	cm	体重	kg	(※造影検査での造影剤使用量やMRI検査での出力の目安として用います。)

検査部位 ※造影検査の場合は、CT・MRI造影検査(造影剤使用)に関する同意書へeGFR値を記入して下さい。

単純CT	☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 骨盤腔 ☐ 上腕 ☐ 眼窩 ☐ 内耳 ☐ シンプラント ☐ 石灰化スコア ☐ 下肢静脈3D			
造影CT	☐ 心臓ABL ☐ 頭部3D ☐ 頸部 ☐ 頸動脈3D ☐ 鎖骨下動脈3D ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 骨盤腔 ☐ 冠動脈3D ☐ 大動脈3D ☐ 下肢静脈+胸部 ☐ 下肢動脈3D ☐ CABG後冠動脈3D ☐ 肝臓ダイナミック ☐ 大動脈弁3D ☐ スtentグラフト挿入術前 ☐ スtentグラフト挿入術後			
MRI 単純・造影	☐ 心臓(シネ+T2+灌流(負荷有)+LGE) ☐ 心臓(シネ+T2+灌流(負荷無)+LGE) ☐ 心臓(シネ+T2+LGE) ☐ 冠動脈MRA(非造影) ☐ 頭部MRA ☐ 頭部緊急 ☐ 頭部造影 ☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 頸部全般 ☐ 腹部 ☐ 骨盤腔 ☐ 上肢 ☐ 下肢 ☐ 下肢動脈MRA(非造影) ☐ 下肢静脈MRV(非造影) ☐ 下肢動脈+静脈(非造影)			
TEE	☐ 依頼内容()			
読影	☐ 依頼			

診療情報

症病名			
既往歴	植込み器具: ペースメーカー・CRT・ICD・その他金属や電子装置類 → ☐ MRI対応		
アレルギー	無・有()	喘息	無・有
透析	無・有(透析医院: 透析日: シェント位置:)		
検査目的(症状経過)	※可能な限り詳細に願致します。		
処方内容			

検査希望日時

第一候補	年	月	日	時	分
第二候補	年	月	日	時	分
第三候補	年	月	日	時	分

医療法人 玉心会

潮来ハートクリニック

〒311-2434

茨城県潮来市島須733番地

TEL : 0299-77-5726

FAX : 0299-77-5727