

診療情報提供書(検査依頼書)

フリガナ	貴院ID
患者氏名	様 (男・女)
当院受診歴	無・有 有の場合 北部ID
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
住所	
電話番号	

令和 年 月 日
施設名
医師氏名

東京北部病院 予約用PHS 070-5081-4080

FAX : 03-3896-2096

予約日時	検査区分	造影
月 日 時 分	MRI・CT・エコー・DEXA	無・有 [アレルギー 無・有 (

検査依頼内容	読影
<input type="checkbox"/> 頭部 (脳・脳動脈・下垂体・内耳)	無・有
<input type="checkbox"/> 頸部 (頸動脈・甲状腺)	
<input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・仙椎)	
<input type="checkbox"/> 胸部 (肺・縦隔・心臓・乳房)	
<input type="checkbox"/> 腹部 (肝・胆・膵・腎)	
<input type="checkbox"/> 腹部 (MRCP・DIC-CT・CTU・V-C)	
<input type="checkbox"/> 骨盤 (子宮・卵巣・膀胱・前立腺)	
<input type="checkbox"/> 大血管 (胸・腹・骨盤・上肢・下肢)	
<input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> VSRAD (早期AD)	
<input type="checkbox"/> 全身DWI撮影	
<input type="checkbox"/> 骨塩定量検査 (DEXA)	

造影検査前の確認事項	MRI検査前の確認事項	CT検査前の確認事項
喘息の治療中 (無・有)	心臓ペースメーカー 無・有	心臓ペースメーカー 無・有
腎障害 (無・有)	人工内耳 無・有	体内埋め込み型除細動器 無・有
採血日 (年 月 日)	脳動脈瘤クリップ 無・有	妊娠の可能性 無・有
クレアチン(mg/dl)	体内クリップ 無・有	
BUN (mg/dl)	その他体内金属 無・有	
感染症(無・有 ())	具体的に()	
糖尿病薬 ()	閉所恐怖症 無・有	
	妊娠の可能性 無・有	

傷病名・検査目的
読影の要点・備考
現在の処方 (造影CTの方はビグアナイド系糖尿病薬は禁忌です。)

東京北部病院 放射線科
予約用PHS
070-5081-4080

検査データはCDでお渡しいたします。

ご予約手順

- 放射線科へ直接お電話ください。(070-5081-4080)
- お電話にてご予約の調整をします。
- この検査依頼書と保険証のコピーを当院までFAXしてください(03-3896-2096)
- 患者様は検査当日、当院までこの書類をもってご来院ください。
- 読影結果は1週間程度かかります。不要であれば「読影無」にチェックを入れてください。
(※エコーは技師の検査レポートとなります。検査レポートは検査後お会計時にCDにてお渡します。)
(※2骨塩定量検査は検査終了後レポートを患者様にお渡します。)



検査の注意点

- 造影検査はCT MRI問わず 男性Cr:1.8mg/dl 女性:1.4mg/dl 以下でお受けします(直近3か月のデータ)
- 以前造影剤で副作用が出た方、造影剤の添付文書にて「禁忌」「原則禁忌」、ビグアナイド系糖尿病薬を内服中の患者様は造影検査をお受けできません。
- MRI対応ペースメーカーにつきましてはご相談ください。

患者様注意事項

- 造影検査・腹部の検査は検査直前のお食事(午前の検査なら朝食、午後の検査なら昼食)を取らないでご来院ください。
- QRコードに当院のホームページを入れてあります。ご利用ください。