

FAX 04-7128-7194

東葛病院 地域医療連携課 宛て
TEL 04-7157-0530

診療情報提供書(CT・MRI 検査依頼票)

カナ 氏名	男・女	希望日時 ① 月 日
生年月日	年 月 日	② 月 日 ③ 月 日
患者様連絡先 ()	住所	
医療機関名 返送用FAX番号	依頼医師	
検査名	単純・造影 単純+造影	部位
病名	体重 kg ※MRIのみ記載	
主訴・臨床経過・検査目的・コメント		
その他		
患者の状態: <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 車椅子 造影剤アレルギー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() ※造影CTのみ記載 メトホルミン塩酸塩: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※造影CTのみ記載 腎排泄機能: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 未施行 感 染: <input type="checkbox"/> +() <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 未施行 鎮痙剤使用(ブスコパン) <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 前回CT・MRI: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(No)		

※造影剤使用の場合は、造影剤使用の同意書・説明書が必要
※MRIは、MRI問診票が必要