

診療情報提供書 (貴施設保管用)

CT・MRI 依頼書 (←どちらか一方に○をつけて下さい)

ID-No

氏名

殿

生年月日

性別

検査日	年	月	日	時	分
次回 診察日	年	月	日	時	分
確認事項	ペースメーカー (有・無)	造影	あり		
	体内金属装置 (有・無) (磁性・非磁性)		なし		
	妊娠の可能性 (有・無)	※MRI	造影検査時		
	検査同意書も記載して下さい。	造影剤種類	(オムニスキャン)	(リソビスト)	

紹介医療機関

依頼医師名 (科)

臨床診断	頭部	<input type="checkbox"/> 頭部ルーチン <input type="checkbox"/> 海馬 <input type="checkbox"/> 下垂体
主訴		<input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 耳
		<input type="checkbox"/> MRアンギオ(頭部・頸部)
手術・既往歴	胸部	<input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 乳房(右・左)
	頸部	<input type="checkbox"/> 咽頭・頸部リンパ節 <input type="checkbox"/> 甲状腺
現病歴・関連検査成績及び依頼目的	躯幹	<input type="checkbox"/> 肩(右・左) <input type="checkbox"/> 股関節(右・左)
	腹部	<input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 胆 <input type="checkbox"/> 膵 <input type="checkbox"/> 腎・副腎 <input type="checkbox"/> 脾
		<input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> フェリセハツ(あり・なし)
		※CTの場合 <input type="checkbox"/> ガストロ(あり・なし)
	骨盤	<input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 卵巣 <input type="checkbox"/> 直腸
脊椎	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎	
四肢	<input type="checkbox"/> 上肢(右・左) 部位:	
	<input type="checkbox"/> 下肢(右・左) 部位:	
大血管系	<input type="checkbox"/> 脳動脈 <input type="checkbox"/> 総頸動脈	
	<input type="checkbox"/> 肺動静脈 <input type="checkbox"/> 胸部大動脈 <input type="checkbox"/> 腹部大動脈	
	<input type="checkbox"/> 腸骨動脈 <input type="checkbox"/> 大腿動脈 <input type="checkbox"/> 下腿動脈	
管電圧 kv 管電流 mA 撮像時間 sec スライス数	その他	

医療法人 松本快生会 西奈良中央病院

〒631-0024 奈良市百楽園5丁目2番6号 ☎ (43) 3333
☎ (43) 8607

医療法人 松本快生会 西奈良中央病院

〒631-0024 奈良市百楽園5丁目2番6号 ☎ (43) 3333
☎ (43) 8607