

## 診療情報提供書 兼 検査依頼書 (検査施設用)

MRI   
 CT   
 一般撮影   
 骨密度測定   
 US   
 (該当する検査をチェックして下さい)

フリガナ  
氏名

検査日  
来院時間

年      月      日      時      分

生年月日

性別

依頼医療機関

依頼医師  
(                  科)

医師 問 診 欄	ペースメーカー	(無・有)
	体内金属装置	(非磁性・磁性) (無・有)
	妊娠の可能性	(無・有)
	入墨・アートメイク	(無・有)
	歯列矯正器具	(無・有)
正当化・最適化の説明済み		<input type="checkbox"/>

造影検査 ( 無 ・ 有 )

造影検査時は問診同意書を記載し、持参して下さい (eGFR値が必須です)

<b>MRI</b>	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 血管(頭部・頸部) <input type="checkbox"/> VSRAD <input type="checkbox"/> 顎関節
	<input type="checkbox"/> 腹部 (肝胆膵・腎) <input type="checkbox"/> MRCP:ボースデル(有・無)
	<input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 卵巣
	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 胸腰椎移行部 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙尾骨
	その他:

<b>CT</b>	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 腹部・骨盤部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 胸部・腹部・骨盤部
	その他:

歯科CT	<input type="checkbox"/> 両顎 <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎
------	---

<b>US</b>	<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 下肢動脈 <input type="checkbox"/> 下肢静脈
	その他:

一般撮影	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤計測	<input type="checkbox"/> 長尺
	正面・R→L・L→R	立位・臥位	マルチウス・グースマン	全脊柱(正面・側面)・両下肢

主訴:

臨床診断:

依頼目的:

関連する既往歴:

現病歴:

前回との比較要

年      月      日分

# 診療情報提供書 兼 検査依頼書 (依頼施設用)

MRI   
 CT   
 一般撮影   
 骨密度測定   
 US   
 (該当する検査をチェックして下さい)

フリガナ  
氏名

検査日 来院時間	年	月	日	時	分
-------------	---	---	---	---	---

生年月日

性別

医 師 問 診 欄	ペースメーカー	(無・有)
	体内金属装置	(非磁性・磁性) (無・有)
	妊娠の可能性	(無・有)
	入墨・アートメイク	(無・有)
	歯列矯正器具	(無・有)
		正当化・最適化の説明済み <input type="checkbox"/>

依頼医療機関
依頼医師 (                      科)

造影検査 ( 無 ・ 有 )	造影検査時は問診同意書を記載し、持参して下さい (eGFR値が必須です)
----------------	--------------------------------------

MRI	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 血管(頭部・頸部) <input type="checkbox"/> VSRAD <input type="checkbox"/> 顎関節	
	<input type="checkbox"/> 腹部 (肝胆膵・腎) <input type="checkbox"/> MRCP:ボースデル(有・無)	
	<input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 卵巣	
	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 胸腰椎移行部 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙尾骨	
	その他:	

CT	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 腹部・骨盤部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 胸部・腹部・骨盤部	
	その他:	歯科CT <input type="checkbox"/> 両顎 <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎

US	<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 下肢動脈 <input type="checkbox"/> 下肢静脈	
	その他:	

一般撮影	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤計測	<input type="checkbox"/> 長尺
	正面・R→L・L→R	立位・臥位	マルチウス・グースマン	全脊柱(正面・側面)・両下肢

主訴:
臨床診断:
依頼目的:
関連する既往歴:
現病歴:

前回との比較要                      年                      月                      日分

# 検査説明用紙 兼 検査受付書

MRI CT 一般撮影 骨密度測定 US

フリガナ  
氏名

検査日  
来院時間

年 月 日 時 分

生年月日

※来院時間に遅れると検査が予定通りに  
施行できない場合があります。

性別

依頼医療機関

依頼医師  
( 科)

造影検査 ( 無 ・ 有 )

## 検査を受けられる方へ

- ・来院日時に総合受付へお越しください。
- ・総合受付で保険証と紹介医療機関からの封筒(依頼書)をお渡しください。
- ・造影検査の方は、造影検査問診同意書に署名・捺印の上、来院時に総合受付にお渡しください。
- ・救急検査等で予約時間通り検査ができない場合があります。
- ・あなたの検査は、検査前3時間の絶食が  
飲水(水・お茶)の制限はありません。 { 必要ありません。  
必要です。
- ・あなたの検査は、検査前2時間、尿を溜める必要が { ありません。  
あります。
- ・医師より指示のあった薬は服用してください。
- ・インスリンポンプや持続グルコース測定器をご使用中の患者さまは、放射線検査(CT,骨密度測定など)やMRI検査を受ける際に取り外していただく必要があります。

## MRI検査を受けられる方へ

※MRI検査は強力な磁場や電磁波を使用した検査です。

- ◎入墨・アートメイク・ラメ入りの化粧品・ネイルアート・カラーコンタクトレンズ・体内金属・  
歯列矯正器具・歯科磁石インプラントがある場合は検査ができない場合があります。