

診療情報提供書（兼CT・MRI検査予約依頼票）

東京北医療センター 地域連携センター あて

FAX送信・病院提出用
FAX 03-5963-3313

フリガナ		年 月 日
患者様氏名	様	医療機関名
生年月日	明 大 昭 平 年 月 日 [歳]	御住所
性別	男 ・ 女	電 話
当院診察券番号	有 () ・ 無	F A X
検査日時	年 月 日 午前・午後 時 分	御担当医

※ 当日の受付については、準備の都合上検査時間の40分前までに必ずお済ませ下さい。

※ 造影剤使用の検査、腹部・骨盤部の検査の際は、食事止めをお願いします。

【病名】			
【主訴及び臨床所見】 ※できるだけ詳しくご記入ください。			
【検査目的】			
HBs-Ag (+) (-)	HCV (+) (-)	腎機能 Cr ()	eGFR()
ヨードアレルギー 有 ・ 無	その他アレルギー ()		
気管支喘息 有 ・ 無 ※気管支喘息の方は造影検査が出来ませんのでご了承ください。			
検査説明 (MRIチェックリスト) 未 ・ 済		造影剤使用に関する同意書 未 ・ 済	
身長: cm / 体重: kg ※線量管理の適正化に伴い身長体重の測定・記入をお願いします(CTのみ)			

ご依頼検査 (項目の□にチェックをお願い致します。)

※同一患者様で、同一日にCT検査とMRI検査は出来ませんのでご了承ください。

 CT検査 【造影剤使用 → 有 ・ 無】

- 頭部 副鼻腔 胸部 骨盤部 その他部位 ()
- 腹部 (上腹部 [肝-腎] 下腹部 上下腹部 その他)

 MRI検査 【造影剤使用 → 有 ・ 無】

- 頭部 頸部 腹部 MRCP 骨盤部 CPアングル
- 脊椎 (頸椎 胸椎 腰椎)
- 四肢 (肩 膝 その他 [])
- その他の部位 ()

※MRI検査依頼時は別紙『MRI検査チェックリスト』を依頼元医療機関で確認して下さい。

東京北医療センター 地域連携センター

受付時間 平日 8:30~17:00 土曜日 8:30~12:30

直 通 TEL 03-5963-3421

FAX 03-5963-3313

診療情報提供書（兼CT・MRI検査予約依頼票）

2021.7.1改定

東京北医療センター 地域連携センター あて

FAX送信・病院提出用
FAX 03-5963-3313

フリガナ	トウキョウ キタオ	年 月 日
患者様氏名	東京 北男 様	医療機関名
生年月日	明大昭平 22年 6月 3日 [68歳]	御住所
性別	男 ・ 女	電話 依頼元の医療機関情報
当院診察券番号	有 () ・ 無	FAX
検査日時	30年 11月 1日 午前・午後 10時 10分	御担当医

※ 当日の受付については、準備の都合上検査時間の40分前までに必ずお済ませ下さい。

※ 造影剤使用の検査、腹部・骨盤部の検査の際は、食事止めをお願いします。

【病名】
記載をお願いします

【主訴及び臨床所見】※できるだけ詳しくご記入ください。
診療情報提供書を兼ねておりますので、できるだけ詳しく記載をお願いします

【検査目的】
記載をお願いします

HBs-Ag (+) (-)	HCV (+) (-)	腎機能 Cr ()	eGFR()
ヨドアレルギー 有 ・ 無	その他アレルギー ()		

気管支喘息 有 ・ 無 ※気管支喘息の方は造影検査が出来ませんのでご了承ください。

検査説明 (MRIチェックリスト) 未 ・ 済 造影剤使用に関する同意書 未 ・ 済

身長: 160.5cm / 体重: 50.5kg ※線量管理の適正化に伴い身長体重の測定・記入をお願いします。

【CTのみ】検査日から3か月以内の身長体重の記載をお願いします

MRI検査の場合は必ず別紙【MRI検査チェックリスト】で依頼医師の確認をしてください

造影検査依頼の場合は、別紙【造影剤使用に関する同意書】で同意を得てください

ご依頼検査 (項目の口にチェックをお願い致します。)

※同一患者様で、同一日にCT検査とMRI検査は出来ませんのでご了承ください。

CT検査 【造影剤使用 → 有 ・ 無】

頭部 副鼻腔 胸部 骨盤部 その他部位 ()

腹部 (上腹部 [肝-腎] 下腹部 上下腹部 その他)

MRI検査 【造影剤使用 → 有 ・ 無】

頭部 頸部 腹部 MRCP 骨盤部 CPアングル

脊椎 (頸椎 胸椎 腰椎)

四肢 (肩 膝 その他 [])

その他の部位 ()

※MRI検査依頼時は別紙【MRIチェックリスト】で依頼医療機関で確認して下さい。

CT又はMRIにチェックし、造影剤の有無、撮影部位をチェックしてください。またMRI検査時は別紙【MRI検査チェックリスト】の確認もお願いします。

東京北医療センター 地域連携センター

受付時間 平日 8:30~17:00 土曜日 8:30~12:30

直通 TEL 03-5963-3421

FAX 03-5963-3313