

検査予約依頼書（紹介状）

（FAX申し込み用） 依頼日（ 年 月 日）

医院、病院 科 先生

FAX

TEL

依頼検査項目（○をつけて下さい。）

CT, MRI, RI, その他（ _____ ）

撮像部位（○をつけて下さい。）

頭、頸部、胸部、上腹部、骨盤部、骨、軟部、四肢、関節、

その他（ _____ ）

造影の有無（有、無）、特殊撮影（dynamic, MRCP, MRA, HRCTなど）

・患者氏名

性別 男 ・ 女

・生年月日（明、大、昭、平）

年 月 日

・患者病歴；

ビグアニド系糖尿病薬（有、無）、 β ブロッカー（有、無）

腎機能異常（有；BUN： _____ , Cre： _____ 、無）、アレルギー歴（有、無）

喘息（有、無）、感染症（HBV, HCV, Wa, その他 _____ ）

手術の既往（有： _____ ・無）

ペースメーカー（有・無）、体内金属（有：部位 _____ 無）

緊急性（急・普）

希望日（ _____ 月 _____ 日） 避けたい日（ _____ 月 _____ 日）

読影（必要 ・ 不要）

その他：