

診療情報提供書（兼放射線検査依頼票）

板橋中央総合病院 外来担当医 殿

患者様名 _____ 様 男・女 _____ 才

貴院名 _____ 医師名 _____ 先生

検査日	年 月 日 ()
	午前・午後 _____ 時 _____ 分
薬投与日	年 月 日 ()
	午前・午後 _____ 時 _____ 分

検査種類	MRI	CT	RI	骨密度測定	
	・頭部 ・腹部 ・骨盤腔 ・胸部 ・頸髄 ・胸髄 ・腰髄 ・四肢	・頭部 ・胸部 ・腹部 ・四肢 ・冠動脈（心臓）	・骨（全身） ・ガリウム（全身） ・脳血流 ・心筋 ・甲状腺 ・腎（静態 / 動態） ※動態シンチの際は、ラシックス負荷（あり・なし）	・センチネル ・肺血流 ・消化管出血 ・唾液腺 ・副甲状腺 ・副腎（皮質・髓質）	DEXA法 ・その他 () 身長 cm 体重 kg
	造影剤：要・否・一任	造影剤：要・否・一任	撮影方法：標準撮影・SPECT / CT（フュージョン撮影）		

臨床診断：

既往歴
及び現症：

検査目的
及び希望：

服薬内容：

読影：要・否
読影：要・否
CD-R：有・無

※臨床所見を詳細に記入し、検査データ・フィルムをご持参下さい。

チェック項目	HB抗原(+ - 未検) HCV(+ - 未検) Wa氏(+ - 未検) MRSA(+ - 未検)			
	MRI		CT	
	・体内金属	無（有： _____ ）	・ヨード造影剤使用歴	： 無 _____ 有 _____
	・妊娠	無（有： _____ ケ月）	・副作用歴	： 無（有： _____ ）
	・心臓ペースメーカー	無（有： 検査不可 _____ ）	・喘息	： 無（有： 造影剤原則禁忌 _____ ）
・SNM（条件付きMRI対応）	無（有： _____ ）	・アレルギー	： 無（有： _____ ）	
・SCS（条件付きMRI対応）	無（有： _____ ）	・甲状腺機能亢進症	： 無（有： 造影剤禁忌 _____ ）	
・喘息	無（有： 造影剤禁忌 _____ ）	BUN値（ _____ 月 _____ 日）	_____ mg / dl	
・アレルギー	無（有： _____ ）	クレアチニン値（ _____ 月 _____ 日）	_____ mg / dl	

検査の予約は下記電話番号に直接ご連絡ください。

放射線科直通： ☎03-3967-1197