

CT・MRI検査診療情報提供書(紹介状)

平成 年 月 日

紹介先医療機関

東京急行電鉄(株)東急病院
〒145-0062 東京都大田区北千束3-27-2
TEL 03-3718-3331(代表)
03-3718-3573(放射線科直通)
FAX 03-3717-4138

放射線科 _____ 先生

紹介元医療機関

名称 _____
所在地 _____
TEL _____
FAX _____
医師名 _____

フリガナ	(必ず保険証と同じ正しいフリガナをお願いいたします)		生年月日	明・大・昭・平	
患者様氏名				年 月 日 (歳) 男・女	
住 所	〒		TEL		
保険者番号			記号・番号	.	
資格取得	年 月 日	有効期限	年 月 日	被保険者との続柄	本人・家族
公費負担者番号			年 月 日から	高齢者受給者証または老人医療証の場合の負担割合	
公費負担医療の受給者番号			年 月 日まで	1割・3割	

依頼検査 (○印を付けて下さい)	CT ・ MRI		
検査日時	年 月 日 午前・午後 時 分		
結果受取方法	郵送・患者持ち帰り(検査当日にお渡しします) ※水曜日午後及び金曜日午後を除く。左記以外でも、お中込時に必ずご確認ください。		
造影	要 (クレアチニン値 mg/dl) ・ 不要		
※造影剤使用撮影の場合は、以下の項目に記入をお願いします。			
ビグアナイド系薬剤服用：有(休薬指示済)・無 ※服用の場合、撮影2日前から撮影後2日まで休薬指示	ヨードアレルギー：有・無	感染症：有()・無	喘息：有・無
MRI検査前チェック (MRIのみ記入) 予約時に依頼医師が必ず記入してください。無記入の場合は検査できないことがあります。			
心臓ペースメーカー (有・無)	閉所恐怖症 (有・無)	その他体内埋め込み金属 ()	
脳動脈瘤クリップ (有・無)	人工骨頭・関節 (有・無)	造影剤副作用歴 (有・無)	
ステント () (有・無)	義眼 (有・無)	不整脈 (有・無)	
人工弁 (有・無)	義手・義足 (有・無)	妊娠中 (有・無)	
人工内耳 (有・無)	避妊リング (有・無)	入れ墨 (有・無)	
撮影部位	頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤部・脊椎・四肢		
詳細			
検査目的、現病歴、臨床診断			