

患者様情報

診療情報提供書



氏名：  
性別：男・女  
生年月日：年 月 日  
住所：

紹介元医療機関名の住所及び名称  
電話番号 - -  
診療科名  
ご担当医師名

予約日時(紹介元医療機関からのご予約)	患者様ご本人が自分で予約をする場合は、下記をご記入ください。	
月 日 時 分より	検査部位	貴院次回診察日 月 日 午前・午後

検査区分

MRI  CT  レントゲン

造影

有り  無し  一任

●アレルギー(鉄[MRI]・ヨード[CT]、ぜんそく・小児ぜんそく、妊娠、eGFR 30未満の方は造影不可)  
●透析治療中の方はMRI造影は不可、CT造影は要相談

撮影部位

頭部  顔面  顎関節  下垂体  
 副鼻腔  頭蓋底(内耳道、三叉神経)  
 頸部血管  頸部軟部組織  
 頸椎  胸椎  腰椎  仙椎  
 肺野  縦隔  乳腺  
 腹部  前立腺  子宮卵巣  骨盤  
 肩(右・左)  肘(右・左)  
 手関節(右・左)  手指(右・左)  
 股関節(右・左)  膝(右・左)  
 手関節(右・左)  足趾(右・左)  
 血管系 ( )  
 その他

傷病名・紹介目的

現病歴、病状経過、治療経過

現在の処方

希望の撮影部位・撮影条件が有りましたらご記入下さい。

■ 下記事項のチェックをお願いいたします

MRI	●ペースメーカー・埋め込み型除細動器・人工内耳	無・有	有りの場合は検査不可
	●ステントや動脈瘤クリップ・その他体内金属等 具体的に( )	無・有	有りの場合は検査は可能ですが、 発熱・火傷の可能性があります(応相談)
	●刺青・アートメイク等	無・有	
	●水頭症の圧可変式シャント	無・有	有りの場合は検査後に調整が必要です(応相談)
	●内視鏡検査の止血クリップ	無・有	有りの場合は体内から排出が確認できるまで検査不可
	●カラーコンタクト・アキュビューデファイン・増毛スプレー	無・有	有りの場合は検査日に身につけないようにしてください
	●妊娠3ヶ月以内・妊娠の可能性	無・有	有りの場合は検査不可
	●薬剤アレルギー	無・有	有りの場合は造影できないことがあります
	●ぜんそく	無・有	有りの場合は造影不可
●腎機能:eGFR ( )※3ヵ月以内のテーマ		eGFR 30未満は造影不可	

CT	●妊娠・妊娠の可能性	無・有	有りの場合は検査不可
	●ぜんそく	無・有	有りの場合は造影不可
	●腎機能:eGFR ( )※3ヵ月以内のテーマ		eGFR 30未満は造影不可

※ビグアノイド系糖尿病治療薬を処方されている場合は、検査前後でそれぞれ2日間の休薬が必要です