

# 検査依頼票

# 診療情報提供書

ID		検査日時			
患者様氏名		年 月 日 時 分			
生年月日	男 ・ 女	ご依頼医療機関			
<table border="1"> <tr> <td>読影</td> <td>有 ・ 無</td> </tr> </table>		読影	有 ・ 無	診療科	医師名
読影	有 ・ 無				

CT	MRI
単純 ・ 単純+造影	単純 ・ 単純+造影
検査部位	検査部位
頭部・顔面・頸部・脊椎（頸椎・胸椎・腰椎） 胸部・腹部・骨盤腔・上肢（ ） 下肢（ ）・その他（ ）	頭部・顔面・頸部・脊椎（頸椎・胸椎・腰椎） 胸部・腹部・骨盤腔・上肢（ ） 下肢（ ）・その他（ ）
歯科： インプラント目的 ・ 埋没歯	特殊： +MRA ・ +VSRAD ・ +Diffusion

臨床診断  
検査目的・検査指示

患者情報	
CT（造影検査の時）	MRI
心疾患 有 ・ 無	ペースメーカー 有 ・ 無
甲状腺疾患 有 ・ 無	体内金属 有 ・ 無
喘息の既往 有 ・ 無	てんかん 有 ・ 無
糖尿病 有 ・ 無	閉所恐怖症 有 ・ 無
腎機能障害 有 ・ 無	造影検査の時
クレアチニン値 _____	喘息の既往 有 ・ 無
eGFR値 _____	腎機能障害 有 ・ 無
	クレアチニン値 _____
	eGFR値 _____