CT･MRI 検査依頼書

年　　月　　日

学校法人　東北医科薬科大学
東北医科薬科大学 若林病院
地域医療連携室　　行

TEL：022-236-5899
FAX：022-236-5920(予約受付時間 平日 8：30～17：00)
※時間外・休日のお申込みについては、翌診療日の御返事となります。

貴医療機関名

貴施設主治医名

㊞

連絡御担当者

TEL：　　(　　)　　【　　】
FAX：　　(　　)

フリガナ		性別	生年月日
受診者 氏名	様	男 ・ 女	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年　月　日（　）歳
受診者様連絡先	－　　－	当院受診歴	無 ・ 有 ・ 不明
検査区分	**CT ・ MRI**	**その他の X 線検査：**	
造影区分	**単純 ・ 造影**	画像の配信方法	CD-R ・ フィルム
検査部位	部位：　□脳　□頭頸部　□胸部　□腹部　□骨盤部 □頸椎　□胸椎　□腰仙椎　□上肢　□下肢 □血管系　□MRA　□MRCP　□その他（　　） ＊CT は頭頸部～骨盤の複数部位選択可。MRI は一部位のみ、但し脊椎は複数部位可です。		
病名			
【検査目的・既往歴・経過等】　□ 診療情報提供書添付			
確認項目	妊娠：□有　□無	ペースメーカー：□有　□無	埋込金属：□有　□無 (　　)　入れ墨 ・ アートメイク：□有　□無
造影を受ける方は必ず、ご記入ください	ヨード過敏症：□有　□無	喘息既往：□有　□無	重篤な甲状腺疾患：□有　□無
	腎機能障害：□有　□無	血清クレアチニン値： mg/dl (測定日　　年　月　日)	
	ビグアナイド(BG)類の内服(メデット、メトグルコ、ジベトス 等)　：　□有　□無		
検査予約希望日 □交通案内添付希望	第一希望日：　　月　　日　　曜日（ AM ・ PM ） 第二希望日：　　月　　日　　曜日（ AM ・ PM ） ※造影検査は午後のお時間帯でのご予約となります。 ※検査結果のお渡しまで 3-4 日程度(土日祝除く)お時間を頂戴いたします。予めご了承ください。		

現在の患者様の状況：　□ 貴院にて予約票待ち　□ 後日予約票お渡し　□ 外出中　□ その他（　　）