

# 放射線検査依頼書(兼 診療情報提供書)

年 月 日

一宮市立市民病院

医療機関名

放射線診断 科

診療科及び  
医師名

ご担当医 先生

医療機関住所

電話番号

FAX番号

★予約希望日

第1希望	月 日 ( )	第2希望	月 日 ( )
第3希望	月 日 ( )	希望日なし	

★患者情報

ふりがな		生年月日	性別
患者氏名		大・昭 平・令 年 月 日	男 ・ 女
住所			
電話番号		携帯番号	※おわかりであれば ご記入ください

★依頼内容

経過及び依頼目的  別紙診療情報提供書参照

いちみんネットの患者登録を希望しますか？  
 ※希望される場合は、患者さんの同意を得てカルテ等に記載をお願いします。  
 希望する (この依頼書で登録を行います)   
  希望しない   
  すでに登録済

<p><b>&lt;検査項目&gt;</b></p> <p><input type="checkbox"/> CT ・単純 ・造影 ・単純+造影</p> <p>    &lt;部位&gt;</p> <p>        ・頭部 ・頸部 ・胸部 ・腹骨盤部</p> <p><input type="checkbox"/> MRI ・単純 ・造影 ・単純+造影 ・MRA</p> <p>    ・その他 ( )</p> <p>    &lt;部位&gt;</p> <p>        ・頭部 ・頸椎 ・胸椎 ・腰椎 ・骨盤部</p> <p>        ・乳腺 ・上腹部 ・MRCP ・EOB</p> <p>        ・その他 ( )</p> <p><input type="checkbox"/> RI ・骨 ・その他 ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 骨塩定量</p> <p>    ・前回検査日 年 月 日</p>	<p><b>*造影時のみ記入</b></p> <p>体重 (            kg) 歩行可・車椅子・他</p> <p>コード過敏        無 ・ 有 ・ 不明</p> <p>気管支喘息        無 ・ 有 (治療中/治療無)</p> <p>腎機能             正常 ・ 異常</p> <p>                      (CRN                    mg/dl)</p> <p>                      →検査日: 年 月 日</p> <p>アレルギー        無 ・ 有 (            )</p> <p>糖尿病             無 ・ 有 (薬剤        )</p> <p style="text-align: center;">※ リブレ装着中の場合、検査時には外す必要あり</p> <hr/> <p><b>*MRI時のみ記入</b></p> <p>体重 (            kg) 歩行可・車椅子・他</p> <p>心臓ペースメーカ                    無 ・ 有</p> <p>人工内耳                                無 ・ 有</p> <p>体内金属                                無 ・ 有</p> <p>    有の場合→ 脳動脈クリップ・内視鏡クリップ</p> <p>    その他 (                                )</p> <p>義歯・歯科インプラント            無 ・ 有</p> <p>    ※ 磁石式の場合等、金属の種類によっては</p> <p>    画像が不鮮明になることがあります</p> <p>入れ墨・アートメイク                無 ・ 有</p> <p>閉所恐怖症                              無 ・ 有</p> <p>妊娠                                        無 ・ 有</p>
--	---