

検査依頼票

<small>ふりがな</small> 患者名	男 女	年齢 才	連絡先	TEL Tel ()
検査予定日		検査名		依頼病院名
1年	月	日	AM・PM	時
分	()			
2年	月	日	AM・PM	時
分	()			
				科
MR検査 部位： 造影（有・無）				被検者チェックリスト （依頼医師が必ず記入して下さい） ① 患者の状態： <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー ② 体重： Kg ③ 感染症： <input type="checkbox"/> HB抗体 <input type="checkbox"/> ワ氏 <input type="checkbox"/> その他 _____ ④ 既往症： <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> てんかん発作 <input type="checkbox"/> 狭心症 その他 _____ ⑤ 妊娠あるいはその疑い： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⑥ 手術の既往： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (年 手術名 _____) MR検査のみ体内金属チェック <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> クリップ類（動脈瘤） <input type="checkbox"/> カテーテル類及び連結管類 <input type="checkbox"/> 人工弁 <input type="checkbox"/> 義眼 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 歯科矯正 <input type="checkbox"/> ワイヤー、プレート類 <input type="checkbox"/> その他の体内金（ _____ ）
CT検査 部位： 造影（有・無）				
RI検査 項目：				
その他 注：造影剤使用時のみアレルギーの有無 ()				
具体的指示・臨床診断・病歴・他の検査所見等を詳しくお書き下さい。 注：参考資料となるフィルムがありましたらご持参下さい。				
検査結果につきまして原則として郵送させていただきます。 {検査フィルム・所見} 希望 その他の方法をご希望される場合はご記入下さい。 []				