

診療情報提供書(兼放射線検査依頼票)

板橋中央総合病院 外来担当医 殿

患者様名 _____ 様 男・女 才

貴院名 _____ 医師名 _____ 先生

検査日	月	日 ()	午前・午後	時	分
薬投与日	月	日 ()	午前・午後	時	分

	MRI	CT	RI	骨密度測定	
検査種類	<ul style="list-style-type: none"> ・ 頭部 ・ 腹部 ・ 骨盤腔 ・ 胸部 ・ 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 頸髄 ・ 胸髄 ・ 腰髄 ・ 四肢 ・ 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 頭部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 四肢 ・ 冠動脈(心臓) ・ 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 骨 ・ ガリウム ・ 心臓 ・ 脳 ・ 甲状腺 ・ 	<ul style="list-style-type: none"> ・ DEXA法
	造影剤：要・否・一任	造影剤：要・否・一任			

臨床診断：

既往歴
及び現症：

検査目的
及び希望：

服薬内容：

読影：要・否

至急：有・無

CD-R：有・無

※臨床所見を詳細に記入し、検査データ・フィルムをご持参下さい

チェック項目 (造影時は必須)	HB抗原 (+ - 未検)		HCV (+ - 未検)		梅毒 (+ - 未検)	
	MRI			CT		
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 体内金属 ・ 妊娠 ・ ペースメーカー ・ 喘息 ・ アレルギー 	<ul style="list-style-type: none"> 無(有:) 無(有: 月) 無(有: 検査不可) 無(有: 造影剤禁忌) 無(有:) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ヨード造影剤使用歴：無 有 副作用歴：無(有:) ・ 喘息 ・ アレルギー ・ 甲状腺機能亢進症TM：無(有: 造影剤禁忌) 	<ul style="list-style-type: none"> 無(有:) 無(有: 造影剤原則禁忌) 無(有:) 無(有: 造影剤禁忌) 	<ul style="list-style-type: none"> BUN値 クレアチニン値 	<ul style="list-style-type: none"> mg/dl mg/dl

検査の予約は下記電話番号に直接ご連絡ください。

・放射線科直通：☎03-3967-1197