診療情報提供書 兼 CT・MRI・RI・骨密度検査予約依頼票

練馬光が丘病院　地域連携相談センター　宛　　年　　月　　日

予約日時	月　　日　　時　　分	紹介元医療機関・所在地・TEL・FAX・診療科・医師名
フリガナ 氏名	（男・女）	
生年月日	年　　月　　日（　　才）	
身長・体重	.　ｃｍ　　.　kg	

※出来上がったＣＤ－Ｒは原則郵送となります（患者様に手渡し希望　□）

傷病名・紹介目的

既往歴・治療経過を簡単にご記入下さい

現在の処方

ビグアナイド系糖尿病薬の服用　□無　□有

・腎機能障害　□無　□有　クレアチニン（Ｃｒ）＿＿＿ mg/dl　eGFR＿＿＿ ml/min/1.73 ㎡
・造影剤アレルギー　□無　□有　（　　）
・気管支喘息　□無　□有
・妊娠もしくは可能性　□無　□有
※造影剤アレルギー、喘息、妊娠中、腎機能障害、クレアニチン 1.5 以上の方は造影不可

□　**ＣＴ検査**　　**造影　無　・　有**　検査目的【　　】
□頭部　□頸部　□胸部　□腹部～骨盤　□脊椎（　頚椎　胸椎　腰椎　）
□その他（　　）

□　**ＭＲＩ検査**　　**造影　無　・　有**　検査目的【　　】
□頭部（ＶＳＲＡＤ□有）　□頚部　□腹部（ 肝臓　ＭＲＣＰ　その他（　　）
□骨盤部　□股関節　□脊椎（ 頚椎 胸椎 腰椎 ）□肩　□膝　□ ＤＷＩＢＳ
□その他（　　）

・ペースメーカー/ＩＣＤ　□無　□有 ⇒不可　□不明
・人工内耳　□無　□有 ⇒不可　□不明
・脳室シャントチューブ　□無　□有 ⇒不可　□不明
□　当院来院後の体内・外金属チェックの結果、MRI 検査が施行できない場合や CT 検査に切り替える可能性があります。

この枠内は必ずチェックをお願いします

□　**ＲＩ検査**　　検査目的【　　】
□脳血流シンチ（ＩＭＰ）　□脳機能シンチ（ＤａｔＳｃａｎ）　□心筋神経機能シンチ（ＭＩＢＧ）
□骨シンチ　□Ｇａシンチ　□その他（　　）

□　**骨密度検査**　腰椎部、大腿骨に人工物がある場合はご記入下さい（　　）

【受付時間】地域連携相談センター　月曜～金曜：9 時～17 時　土曜：9 時～12 時
ＦＡＸ：03-3979-3860（直通）ＴＥＬ：03-3979-2490（直通）