

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 分頃	紹介元医療機関・所在地・TEL・FAX・診療科・医師名
フリガナ 氏名		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	
身長・体重	身長 cm 体重 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

※造影剤アレルギー、喘息、妊娠中、腎機能障害、クレアチニン1.5以上の方は造影不可

- 腎機能障害 無 有 クレアチニン (Cr) _____ mg/dl
eGFR _____ ml/min/1.73 m²
- 造影剤アレルギー 無 有 その他 アレルギー (_____)
- 気管支喘息 無 有
- 妊娠もしくは可能性 無 有

ご依頼検査

注) 同一患者様で同一日に、CT検査とMRI検査は出来ませんのでご了承ください

注) 原則1検査につき1部位となります、ご了承ください

- CT検査 造影 無 ・ 有 検査目的【 _____ 】
- 頭部 頸部 胸部 腹部～骨盤
- 脊椎 (頸椎 胸椎 腰椎) その他 (_____)

- MRI検査 造影 無 ・ 有 検査目的【 _____ 】
- 頭部 頸部 肝臓 腎臓 MRCP 骨盤部 脊椎 (頸椎 胸椎 腰椎)
- 肩 膝 その他 (_____)

・ペースメーカー/人工心臓弁 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒MRI原則不可	・脳動脈クリップ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒チタン以外MRI不可
・妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	・閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
・人工内耳/人工関節 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	・インプラント <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
・体内の金属・異物 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒部位 (_____) 材質 (_____)	※インプラント有の場合は歯科医に確認してください
・手術既往 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒部位 (_____)	・刺青 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒部位 (_____)

- 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】月曜～土曜：9時～17時 FAX：03-3979-3860 (直通) TEL：03-3979-3611 (代表)