

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	年 月 日()	午前・午後	時 分
薬投与日	年 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(全身) ・ ガリウム(全身) ・ 脳血流 ・ 心筋 ・ 甲状腺 ・ 腎 	<ul style="list-style-type: none"> ・ センチネル ・ 肺血流 ・ 消化管出血 ・ 唾液腺 ・ 副甲状腺 ・ 副腎
	造影剤：要・否・一任	造影剤：要・否・一任	撮影方法:標準撮影・SPECT/CT(フュージョン撮影)		

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

チエック項目(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 無(有:) ・妊娠 無(有: ヶ月) ・ペースメーカー 無(有:検査不可) ・喘息 無(有:造影剤禁忌) ・アレルギー 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 無(有: 造影剤原則禁忌) ・アレルギー 無(有:) ・甲状腺機能亢進症: 無(有: 造影剤禁忌) 	
BUN値	mg/dl	BUN値	mg/dl
クレアチニン値	mg/dl	クレアチニン値	mg/dl

検査の予約は下記電話番号に直接ご連絡ください。

病院用

・放射線科直通: ☎03-3967-1197