

CT・ MRI 検査申込書 兼 診療情報提供書

フリガナ	性別	生年月日
患者氏名 様	男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
〒 住所	自宅TEL： 携帯TEL：	

紹介元医療機関： 名称  
所在地  
TEL  
FAX  
医師名

検査日	年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分
-----	---------------------

撮影種類	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRI	
撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 胸部
	<input type="checkbox"/> 顎関節	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 下腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤部	<input type="checkbox"/> 下肢 ( L R )
	<input type="checkbox"/> 肩関節 ( L R )		<input type="checkbox"/> 股関節 ( L R )		<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 肘関節 ( L R )		<input type="checkbox"/> 膝関節 ( L R )		[ ]
	<input type="checkbox"/> 手関節 ( L R )		<input type="checkbox"/> 足関節 ( L R )		

※病名	※初診年月日 年 月 日 (病名に対して)
※ご依頼の理由	
※必須項目 (造影検査の場合は必ず記載してください)	
体重 : kg	eGFR : ml/min
糖尿病治療薬 (ビグアイド系) の服用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
喘息の既往 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	※CD-R <input type="checkbox"/> 患者渡し <input type="checkbox"/> 郵送

◆検査前チェックリスト◆

心臓ペースメーカー・人工内耳・体内自動除細動器など	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
体内金属 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	アートメイク・刺青	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
女性の方へ <input type="checkbox"/> 妊娠無 <input type="checkbox"/> 妊娠有		
閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		

青葉台脳神経クリニック  
〒227-0062  
横浜市青葉区青葉台2-6-12 1F  
TEL：045-988-7111 / FAX：045-530-3337