

紹介状(診療情報提供書) 兼 CT・MRI 検査申込書

イムス明理会仙台総合病院
 地域医療連携室 行
 FAX:022-268-3322
 TEL:022-268-3172

医療機関名 _____
 所在地 _____
 担当科 _____ 科
 医師名 _____
 電話番号 _____ - _____
 FAX番号 _____ - _____

フリガナ			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日生
患者氏名	様							(歳)
住所	〒				電話番号	-	-	
身長	cm		体重			kg		
診療科			担当医					
傷病名								
症状等								
希望日時	第一希望	年	月	日 ()	時	分		
	第二希望	年	月	日 ()	時	分		

CT

部位： 頭部 ・ 頸部 ・ 胸部 ・ 胸腹部
 腹部骨盤部 ・ 脊椎 ・ 上肢 ・ 下肢

造影： 単純のみ ・ 単純と造影 ・ 造影のみ

【造影剤使用の場合】

気管支喘息 (有・無)
心障害 (有・無)
肝障害 (有・無)
薬剤アレルギー歴 (有・無)
経口血糖降下薬 (有・無)

※ビグアナイド系薬の休薬期間が必要です。
 事前にご相談ください。

腎機能 [血清クレアチニン mg/dl
 検査日 平成 年 月 日]

MRI

部位： 頭部 ・ 頸部 ・ 胸部 ・ 腹部
 骨盤 ・ 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎
 上肢 ・ 下肢 ・ 乳腺

※1検査1部位となります。

造影： 単純のみ ・ 単純と造影

【造影剤使用の場合】

腎機能 [血清クレアチニン mg/dl
 検査日 平成 年 月 日
 ※eGFR 30未満の場合は禁忌となります。]

※予約票と一緒に「MRI検査前のチェックリスト」を
 FAXいたしますので、あらかじめ患者様へご説明を
 お願いいたします。

今回の検査目的と画像診断に必要な情報

検査結果 レポートのみ希望 レポート・画像入りのCDを希望
 ※レポートは郵送にて報告いたします。