**ＣＴ・ＭＲＩ検査　検査依頼内容詳細**

**＊紹介状扱いとなりますので、必ずご記載ください（別途紹介状は不要です）**。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| 紹介目的 | □検査 　□診察と検査 | |
| 検査内容 | □ＣＴ単純 　□ＣＴ造影（直近3カ月以内の血液データ（クレアチニン）が必要になります） | |
| **患者状態** | ＊記入必須 **アレルギー（無・有：　　　　） 腎障害（無・有） 喘息（無・有）**  **糖尿病内服（無・有：　　　　　　　　　　　　）　女性のみ　妊娠（無・有）** | |
| 依頼部位 | □頭部 □頚部 □胸部 □全腹部（肝臓～骨盤腔）□上腹部（肝臓～腎臓）□骨盤部  □頸椎 □胸椎 □腰椎 □仙骨・尾骨 | |
| □胸部～上腹部 □胸部～全腹部 | |
| □上肢（Ｒ・Ｌ・両）（部位：　　　　　） □下肢（Ｒ・Ｌ・両）（部位：　　　　　） | |
| □その他部位（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 主訴または病名［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］ | | 全身シェーマ（後）全身シェーマ（前）  **シェーマ** |
| 症状： | |
| 検査目的：  　　　※こちらの欄は必ずご記入いただきますようお願い致します。 | |

**ＣＴ検査**

**ＭＲＩ検査**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |
| 紹介目的 | □検査 　 □診察と検査 | | | |
| 検査内容 | □ＭＲＩ単純 　□ＭＲＩ造影（直近3カ月以内の血液データ（クレアチニン）が必要になります） | | | |
| **患者状態** | ＊記入必須 **アレルギー（無・有：　　　　） 腎障害（無・有） 喘息（無・有）**  **糖尿病内服（無・有：　　　　　　　　　　　　）　女性のみ　妊娠（無・有）** | | | |
| **患者情報** | **＊記入必須 体内金属（無・有：　　　　　　　　　） ペースメーカー（無・有）** | | | |
| 依頼部位 | □頭部 □頭部ＭＲＡ □頚部MRA □頚部 □その他ＭＲＡ（部位：　　）□眼窩 | | | |
| □胸部 □上腹部 □ＭＲＣＰ □骨盤部 | | □頸椎 □胸椎 □腰椎 □仙骨・尾骨 | |
| Ｒ・Ｌ | □肩関節 □肘関節 □手関節 □股関節 □膝関節 □足関節 | | |
| Ｒ・Ｌ | □上腕 □前腕 □大腿 □下腿 □手 □足 | | |
| □その他部位（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| **主訴または病名［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］** | | | | 全身シェーマ（後）全身シェーマ（前）  **シェーマ** |
| **症状：** | | | |
| **検査目的：**  **※こちらの欄は必ずご記入いただきますようお願い致します。** | | | |

医療連携室（直通TEL）03-5696-1871（平日8:30～17:00、土曜8:30～12:00）