

依頼書 兼 診療情報提供書

【記載日】

月 日

患者氏名(カナ)				医療機関名	
患者氏名					
生年月日	年 月 日	性別	男・女	電話番号/FAX番号	/
患者連絡先				依頼医師名	

検査希望日 月 日までに希望

検査結果の受け取り方法 (いずれかに☑を付けてください)	画像データのみ	<input type="checkbox"/>	※画像データは検査当日に患者様へお渡しします。 ※読影レポートは検査日から約1週間以内に送付いたします。 (FAX・郵送ともに同一内容です)
	画像データ+読影レポート (FAX)	<input type="checkbox"/>	
	画像データ+読影レポート (郵送)	<input type="checkbox"/>	

ご依頼内容 (必ずご記載ください)

検査依頼部位 (該当する検査を○で囲ってください)

CT (16列)	頭部	副鼻腔	頸部	胸部	腹部骨盤部	※連続する部位に限り広範囲撮像が可能です 例) 胸腹骨盤部
MRI (0.3T)	頭部	※MRIをご希望の場合、確認事項 (問診項目) に誤記がないようご注意ください。				

確認事項 (問診項目)

CT・MRI 共通	妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	CT、MRIともに不可
	自己血糖測定器 (リブレ) の装着	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	CT、MRIともに不可
	体内埋込型除細動器の有無	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	CT、MRIともに不可
MRIのみ	<その他埋込型医療機器> ペースメーカー、神経刺激装置、シャント、眼部金属、人工内耳、インスリン注入ポンプ 等	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	検査不可 (MRI対応機種でも調整が必要になることがあるため検査不可です)
	<体内金属> 動脈瘤クリップ、ステント、フィルター機械弁、人工骨頭・関節、歯科矯正具、乳房内留置金属、消化管止血クリップ 等	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	材質がチタン、プラチナなら検査可能です 材質不明な場合は、受診された医療機関にMRI検査が可能かご確認をお願いいたします。
	入れ墨、アートメイクの施術	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	原則として検査は可能ですが、熱感などの違和感が出た場合は検査を中止させていただきます。
	ジェルネイル、マグネットネイルの施術	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	当日までに取り外していただければ検査可能です
	カラーコンタクト、ディファイン (上記以外のコンタクトは問題ございません)	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	当日までに取り外していただければ検査可能です
	磁石で固定するインプラント (詰め物や埋め込み型のインプラントは検査可能です)	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	磁力低下の恐れがあるため、受診された医療機関にMRI検査が可能かご確認をお願いいたします。

ご案内

- 本依頼書を記入の上、患者様の「保険証のコピー」と併せてFAX (043-308-9732) にてご送信ください。
- 当院より患者様へ検査予約のご連絡をいたします。(TEL: 043-308-9731)
- 検査日が決まり次第、ご依頼元へ当院よりご報告いたします。
- 画像データは検査当日に患者様へお渡しします。
- 読影レポートは「検査結果の受け取り方法」欄の指定いただいた方法にて送付いたします。

※ご不明な点があれば、当院までお気軽にご連絡ください。