

# 診療情報提供書 ( 高額医療機器検査依頼書 )

検査予約日時: 年 月 日 (午前・午後) 時 分

フリガナ		男
患者氏名	様	女
生年月日	年 月 日 ( 歳)	
住所	〒 -	
TEL		
携帯		

貴医療機関名	
住所	
TEL	
FAX	
診療科	
担当医師	(印)

<input type="checkbox"/> C T	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 頰部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 冠動脈 ( ⇒ βブロッカー使用 可 ・ 不可 )	◎ 造影剤の希望 : 有 (⇒ ※) ・ 無
<input type="checkbox"/> M R I	<input type="checkbox"/> 脳 ( <input type="checkbox"/> 脳血管MRA ・ <input type="checkbox"/> 頰部血管MRA ・ <input type="checkbox"/> 認知症検査: VSRAD + 海馬冠状断 )	<input type="checkbox"/> 椎体 ( <input type="checkbox"/> 頰椎 ・ <input type="checkbox"/> 胸椎 ・ <input type="checkbox"/> 腰椎 ) <input type="checkbox"/> 腹部	◎ 造影剤の希望 : 有 (⇒ ※) ・ 無
	<input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 関節 (部位: , 右 ・ 左)	<input type="checkbox"/> その他 ( )	◎ 心臓ペースメーカー : 有 ・ 無
<input type="checkbox"/> R I	部位: 核種:		◎ 体内金属 : 有 ( ) ・ 無
<input type="checkbox"/> 骨密度測定	前回検査: <input type="checkbox"/> あり ( 年 月 ) <input type="checkbox"/> なし 注: 4か月に1回、保険診療で受けることができます	体内金属の有無 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 大腿骨頸部	

※ 血液データがあれば記載してください : 血清クレアチン値( ), eGFR( )採血検査日 年 月

※ 造影剤アレルギー歴 : 有 ・ 無

※※造影検査希望の際は腎機能データと採血日を記入してください。  
 当院では安全上、3ヵ月以内の腎機能を確認した上で造影検査を行っております。  
 記入がない場合には、当院にて採血検査を行います。その際には検査費用が発生しますので患者さんにあらかじめ同意をいただくようお願いいたします。

傷病名:

治療経過及び検査結果、処方内容等:

検査依頼目的:

- ご予約はTELにてお願いします。検査日確定後この依頼書をFAX送信願います。
- 検査結果につきましては検査内容によりますが原則翌平日のご報告となります。結果をお急ぎの場合は予約時にご相談ください。

TEL : 0767-52-2300 (けいじゅサービスセンター)  
 FAX : 0120-52-3217 (フリーダイヤル)