

診療情報提供書(兼)検査依頼申込書

受診希望科 _____ 科 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 _____ 先生

当院受診歴 (有・無)

検査後診察 (有・無)

放射線科の検査について

※画像のコピー(CD-R)の希望

【有(郵送・当日手渡し)・無】

*読影レポートは後日FAXにてご報告

医療機関名	
所在地	
医師名	
TEL	() -
FAX	() -

フリガナ		性別		明・大・昭・平・令
患者氏名		男・女	生年月日	年 月 日生 (歳)
住 所	〒		TEL	() -

検査予約希望日時 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

傷 病 名
既 往 歴
紹介目的【治療経過等】

検査依頼項目・検査部位

★CT検査	☐ 単純 ☐ 単純 + 造影 ☐ 造影時アンギオ有
☐ 頭部CT	☐ 頭部CT ☐ 胸部CT ☐ 上腹部CT(肝・胆・膵) ☐ 上腹部CT+ダイナミック[造影]
☐ 胸部～骨盤部CT	☐ 上腹部～骨盤部CT ☐ 骨盤部CT ☐ 冠動脈CT[造影]
☐ その他CT()	
※CT検査で造影を希望される場合は、 造影問診票と同意書 が必須となります(3ヵ月以内のeGFRが必要です)	
★MRI検査	☐ 単純 ☐ 単純 + 造影
☐ 頭部MRI	☐ 頭部MRI+A ☐ 頭部MRI+A(VSRAD) ☐ 頭部MRI+A 頸部MRA ☐ 頸部MRI ☐ 頸部MRI+A
☐ 胸部MRI	☐ MRCP ☐ 肝+MRCP ☐ 上腹部MRI(肝・胆・膵) ☐ 肝臓プリモビスト[造影] ☐ 骨盤部MRI
☐ 頸椎MRI	☐ 胸椎MRI ☐ 腰椎MRI ☐ 胸腰椎移行部(広め) ☐ 骨盤骨
☐ 肩MRI(右・左)	☐ 股関節MRI(右・左) ☐ 膝MRI(右・左) ☐ その他MRI()
※MRI検査では、 MR問診票 が必須となります。	
※造影を希望される場合は、 造影問診票と同意書 が必須となります(3ヵ月以内のeGFRが必要です)	
★アイソトープ	☐ 脳DATスキャン ☐ MIBG ☐ 脳血流 ☐ 心筋 ☐ 骨 ☐ その他()
★その他検査	☐ マンモグラフィ ☐ 骨密度検査
★生理検査	☐ 超音波検査【頸動脈・甲状腺・心臓・腹部・下肢血管(動脈・静脈)・その他の部位()】
★内視鏡	☐ 胃内視鏡(経口・経鼻) ☐ 大腸内視鏡 ☐ ★その他 栄養指導(病名:)

※ MRI・CT造影検査は、同意書の記入をお願いします。

※ 上記の検査につきましては、検査日に必ず紹介状をお持ちいただくようお願いいたします。

※ 超音波内視鏡・気管支鏡・心臓カテーテル検査等は、事前に担当診療科に受診していただき、
 そこで検査の予約を取っていただきますので、よろしくお願いします。

※ 脳血流シンチの薬剤負荷は行っておりません。

〒488-8585

尾張旭市平子町北61番地

旭労災病院 地域医療連携室

TEL:0561-53-6196

FAX:0561-53-8459