

## FAX予約申込書（診療情報提供書）

平成      年      月      日

紹介先    世田谷人工関節・脊椎クリニック  
          画像診断センター

所在地    世田谷区南烏山6-36-6

TEL        03-5931-8705

FAX        03-5931-8706

### 紹介医療機関名

所在地 〒

TEL

FAX

医師名

検査予約日

月      日 (      )      時      分

ふりがな		生年月日	明・大・昭・平	男・女
患者氏名			年      月      日 (      歳)	
住所	〒		TEL	自宅： 緊急：

傷病名		紹介目的	
臨床情報（主訴、経過）			

**依頼検査**     CT    (単純・造影)                       MRCP  
 MRI (単純・造影)                       骨密度 (DXA法)  
 MRA     その他 (    )

**検査部位**     頭部     頸部     副鼻腔     胸部     心血管     上腹部     骨盤部  
 頸椎     胸椎     腰椎     肩関節 (右・左)     股関節 (右・左)  
 膝関節 (右・左)     その他骨軟部 (    )     その他 (    )

検査前チェック項目    ※ 造影検査をご依頼の際は、クレアチニン値（3ヶ月以内）をご記入ください。

(有・無) 体内金属 (    )	(有・無) 刺青・アートメイク
(有・無) 入れ歯 (磁石で固定するタイプ)	(有・無) 喘息・小児喘息 (有は造影禁忌)
(有・無) 腎機能障害 (Cr値:                      mg/dl)	(有・無) 妊娠初期 (      週) および妊娠の可能性
(有・無) 薬剤アレルギーの既往 (有の場合、造影できない可能性あり)	

次回の貴機関再診予定日                      月      日 (      )    AM    ・    PM