

FAX予約申込書（診療情報提供書）

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			明・大・昭・平	
患者氏名	生年月日	年 月 日 (歳)	男・女	
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