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　03-5931-8756

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 年　月　日（　歳）	男・女
患者氏名				
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　□ 頚部　□ 副鼻腔　□ 胸部　□ 心血管　□ 上腹部　□ 骨盤部
□ 頚椎　□ 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