

診療情報提供書 兼 検査依頼書

検査日時	令和	年	月	日	時	分
患者氏名 (カタカナ)	男・女			御紹介元	病院 医院	
T S H R	年	月	日生	歳	科	
住所				医師名		
TEL ()	-					
検査内容 (1項目のみを囲んで下さい)	MRI・CT		単純 ・ 造影 ・ 一任 ・ 造影不可			
腎機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→【eGFR()】					
感染の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→【 】					
アレルギー歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→【 】		特に造影剤で副作用があった場合は詳しく			
体内異物埋め込み	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→【詳細】					
この患者様に関する注意事項 :						
臨床診断						
検査部位						
主訴・現病歴 他検査所見など						
検査目的 : 精査のため・治療効果判定・経過観察・その他						
希望事項						
* 病変の位置・範囲などがあらかじめわかっている場合は、画像データを検査時に持参させて下さい。(不備の場合、十分な検査ができないことがあります)						