

# MRI・CT・PWV検査依頼票 (診療情報提供書)

クリニック滝野川内科画像診断検査センター

〒114-0023 東京都北区滝野川3-39-7  
TEL. 0120-3438-23 FAX. 03-5980-3439

検査時間 月・火・水・木曜日 9時～20時  
金曜日 9時～18時  
土曜日 9時～17時  
日曜日 9時～17時

(紹介先医療機関名)

クリニック滝野川内科 放射線科担当医師

貴院カルテNo.	当院カルテNo.	No.	撮影年月日 年 月 日		
氏名	ふりがな	殿	男・女	院名	科
生月 年日	明・大・昭・平	年 月 日	才	医師名	(印)

予約日時 201 年 月 日( ) 時 分

MRI検査依頼 CT検査依頼 PWV検査依頼

造影剤希望 有 無 チェックが無い場合は造影検査は行えませんので御了承下さい。

フィルム CD 患者様にお渡し 検査結果と一緒に郵送

頭部	頸部	胸部	腹部	骨盤部	整形部位	
頭部ルーチン	咽喉・喉頭	肺	肝臓	膀胱	頸椎	肩関節(右・左)
後頭蓋窩	甲状腺	縦隔・心臓	胆嚢・胆道	前立腺	胸椎	股関節(右・左)
トルコ鞍	耳下腺	乳房(右・左)	腎臓	子宮	腰椎	膝関節(右・左)
眼窩	顎下腺	造影必須	副腎	卵巣	仙椎	足関節(右・左)
聴神経	M R A	大動脈(MRA)	脾臓			手関節(右・左)
副鼻腔			M R A			肘関節(右・左)
顎関節			M R C P			大腿・下腿(右・左)
M R A			内蔵脂肪値(CT)			上腕・前腕(右・左)
A D 検査						下肢MRA(造影)

傷病名・紹介目的・既往歴及び家族歴・病状経過及び検査結果・備考 ※1検査1部位としてください  
治療経過・現在の処方 (詳しくご記入下さいます様、宜しくお願い致します) 体重 kg

**安全点検項目(検査前に厳重にチェックをお願い致します)**

MRI・CT検査歴	無・有 頃	補聴器	無・有	感染症	無・有( )
ペースメーカー	無・有	閉所恐怖症	無・有	妊娠	無・有( 週 )
脳動脈クリップ	無・有	人工骨頭、人工関節、整形外科的金属			
人工弁	無・有	無・有 有の場合(セラミック・磁性体・非磁性体)			
造影剤による過敏反応の既往	無・有	アレルギーの既往	無・有( )		
喘息の既往	無・有	腎不全	無・有(クリアチニン値 )		

検査・造影に関する説明(別紙同意書③裏)を行い、同意されたことを確認しました。 担当医師署名