



筑波メディカルセンター病院

MRI・CT 検査依頼票

(診療情報提供書)

年 月 日

筑波メディカルセンター病院診察券プリント欄

施設名 _____

医師名 _____

予約日時	年 月 日 時 分
フリガナ	
患者氏名	男・女
生年月日	M・T・S・H 年 月 日

主訴・依頼目的

【MRI 検査】	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> には✓を、問診で該当する部分には必ず○で囲んでください。	
<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 大動脈(基本、Gd造影剤を使用)	<input type="checkbox"/> 四肢(部位:)		
<input type="checkbox"/> 後頭蓋窩	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 下肢MRA(基本、Gd造影剤使用)		
<input type="checkbox"/> トルコ鞍(基本、Gd造影剤使用)	<input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> MRCP(マンガン系造影剤使用)		
<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 腹部(部位:)	<input type="checkbox"/> 乳腺MRI(Gd造影剤使用)		
<input type="checkbox"/> 脊椎(部位:)	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> その他(部位:)		
閉所恐怖症はありますか	有・無・不明	造影剤アレルギーの既往はありますか	有・無・不明	
ペースメーカーなど体内に金属はありますか	有・無・不明	鉄・マンガン過敏症はありますか	有・無・不明	
喘息はありますか	有・無・不明	妊娠の可能性はありますか	有・無・不明	

【CT 検査】	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 3D	<input type="checkbox"/> には✓を、問診で該当する部分には必ず○で囲んでください。	
<input type="checkbox"/> 頭部ルーチン(後頭蓋窩を含む)	<input type="checkbox"/> 胸部ルーチン(肺野・縦隔)	<input type="checkbox"/> 腹部ルーチン(肝～骨盤内)			
<input type="checkbox"/> 眼窩・副鼻腔・頭蓋底	<input type="checkbox"/> 脊椎(部位:)	<input type="checkbox"/> 上腹部(肝～腎)			
<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 骨盤骨	<input type="checkbox"/> 下腹部(骨盤内)			
<input type="checkbox"/> 心臓(冠動脈)	<input type="checkbox"/> 四肢(部位:)	<input type="checkbox"/> 全身(頸部～骨盤腔)			
<input type="checkbox"/> 大動脈		<input type="checkbox"/> その他(部位:)			
閉所恐怖症はありますか	有・無・不明	造影剤アレルギーの既往はありますか	有・無・不明		
ペースメーカーなど体内に金属はありますか	有・無・不明	妊娠の可能性はありますか	有・無・不明		
喘息はありますか	有・無・不明	薬剤アレルギーはありますか			
糖尿病薬を服用していますか	有・無・不明	有の場合:薬剤名【	】		

★MRI・CT検査で造影を依頼する場合は、必ずご記入ください。(注)3ヶ月以内の測定値をご記入願います。

クレアチニン値	mg/dl	測定日	年 月 日
---------	-------	-----	-------

検査の予約に関する問い合わせは、筑波メディカルセンター病院 予約センターまでご連絡ください。

TEL: 029-852-9067