



# 銚子市立病院 CT・MRI 撮影依頼書(診療情報提供書)

銚子市立病院  
放射線科 担当医 宛

【 TEL 】 0479-23-0011

【 FAX 】 0479-25-5375

予約受付時間 平日 9:00~16:30

(土・日・祝日は休み)

依頼元医療機関名

医師名

TEL :

FAX :

カナ		性別	生 年 月 日
患者氏名	様	男 ・ 女	M ・ T ・ S ・ H 年 月 日生 ( ) 歳
住所		連絡先	- -

希望検査 ( CT ・ MRI ) ・撮影希望日時

第1希望 : 令和 年 月 日 ( ) 午前 ・ 午後 時 分

第2希望 : 令和 年 月 日 ( ) 午前 ・ 午後 時 分

臨床診断・症状・目的 等できるだけ詳細に記載して下さい。

画像出力方法

フィルム(返却不要です) CD-R(返却不要です) オンライン(インターネット経由)

検査部位(撮影方向・方法等)

中枢神経 ( 脳 ・ 下垂体 )

頭頸部 ( 咽頭 ・ 喉頭 ・ 唾液腺 ・ 甲状腺 ・ 副鼻腔 ・ 聴器 ・ 眼窩 )

胸部 ( 肺縦隔 ・ 大血管 ・ 乳房 )

腹部 ( 肝 ・ 膵 ・ 脾 ・ 胆のう ・ 腎 ・ 大動脈 ・ MRCP )

骨盤腔 ( 子宮 ・ 卵巣 ・ 膀胱 ・ 前立腺 )

脊柱 ( 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 )

関節 ( 肩 ・ 肘 ・ 股 ・ 膝 ・ 手 ・ 足 ) 【 右側 ・ 左側 】

MRアンギオ ( 頸部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 下肢 )

その他 ( )

造影 ( 単純のみ ・ 造影 ) ⇒ 上記患者に対し、本文書にて造影CT・MRI検査について説明致しました。

医 師

Ⓜ

チェックリスト

心臓ペースメーカー : 無 ・ 有  
心臓人工弁 : 無 ・ 有  
手術クリップ等 : 無 ・ 有  
人工関節 : 無 ・ 有  
人工中耳・内耳 : 無 ・ 有  
体内金属・金属片 : 無 ・ 有  
(部位)

義眼 : 無 ・ 有  
カラーコンタクト : 無 ・ 有  
義歯・インプラント : 無 ・ 有  
入れ墨 : 無 ・ 有  
妊娠(現在) : 無 ・ 有  
体重 : ( )kg

造影剤使用チェックリスト

造影剤アレルギー : 無 ・ 有  
喘息 : 無 ・ 有  
腎機能障害 : 無 ・ 有  
尿素窒素 : ( )  
クレアチニン : ( )