

武田病院グループ 検査依頼票

(封筒に入れて患者様にお渡し下さい)

患者様情報	
患者名 生年月日 年齢 才	連絡先 TEL ()
依頼医院・病院名 科 依頼医	

＜検査予約日時＞
月 日 AM PM 時 分

＜検査項目＞

1) MRI検査 単純 造影 Dynamic MRCP MR Angio
頭部 胸部 腹部 骨盤部
頸椎 胸椎 腰椎 乳腺
肩関節 (右・左) 股関節 膝関節 (右・左)
その他 ()

2) CT検査 単純 造影 Dynamic 3D-CTA
頭部 胸部 上腹部 下腹部 心臓
インプラント (上・下)
[画像処理: 不要 (CDのみ) 要 (フィルムのみ)]
 要 (フィルム+CD) 保険適応]
その他 ()

検査目的

病歴・検査所見

前回検査 (無 有: 年 月 日)

＜被検者チェックリスト＞

①感染症: HB抗原 Wa氏 HCV その他 ()

②既往歴:

③妊娠あるいはその疑い: なし あり

④手術の既往: なし あり (年、手術名)

⑤アレルギー: なし あり

⑥喘息の既往: なし あり (小児喘息 現在治療中)

⑦腎機能異常: なし あり (クレアチニン値: _____)

MRIに関して

⑧閉所恐怖症の有無 なし あり

⑨体内金属の有無 なし あり

ペースメーカー・ICD なし あり MRI対応 (ペースメーカー手帳を持参ください)

人工内耳

クリップ等 (動脈瘤等)

動脈塞栓コイル

カテーテルおよび連結管類

人工弁 プレート類

人工関節 吻合用ステーブル

義眼 静脈内フィルター

その他 ()