



検査依頼票 兼 診療情報提供書

池上総合病院 医療連携室

TEL : 03-3752-9911

受付時間 月～金 : 8:30～17:00
土 : 8:30～11:30

医療機関名 :
所在地 :
TEL :
FAX :
先生のお名前:

患者ID	・ 初診	生年月日	M・T・S・H・R	年	月	日
患者氏名 (フリガナ)	フリガナ	検査日	/	()	:	
性別	男 ・ 女					

※ご依頼の際はお手数ですが医療連携室へご連絡下さい。

予約取得後こちらの用紙を記入頂き、FAXをお願い致します。なお、こちらの用紙は患者様へお渡し下さい。

※検査ご予約時間の**30分前まで**に患者様支援センター受付へご来院下さいますようお願い下さい。

※ただし、下部消化管内視鏡は**朝9:00まで**にご来院下さい。

検査種類	MRI	頭部 (MRI ・ MRA ・ VSRAD ・ 内耳)		関節 (肩 ・ 膝 ・ 股)		
		椎体 (頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎)		その他 ()		
	CT	頭部	全体	副鼻腔	聴器	眼窩
		頸部				
		胸部	肺野	縦隔	肋骨	
		腹部	上腹部	骨盤		
	X-P	胸部				
		腹部				
		その他				
	超音波	心臓	甲状腺		乳腺	
腹部		耳下腺		前立腺		
頚動脈		顎下腺		その他 ()		
		上部消化管内視鏡		肺機能	血圧脈派検査	
		下部消化管内視鏡		骨密度測定検査	12誘導心電図	

臨床診断名	
検査目的	画像コピー (CD-R) (当日お渡し・郵送・不要)
	読影 (希望する・希望しない) 来院日持参比較データ (有・無)

MRI・CT検査をご依頼いただく際は、必ず以下のチェックをお願い致します。

■ ペースメーカー	(有・無)	心臓ペースメーカーを装着している場合、MRI検査は不可です
■ 体内金属	(有・無)	ジェルネイル、マグネットネイルは外してください。歯の金属は大丈夫です。人工関節等、不明な点は、御相談ください。
■ 妊娠の可能性	(有・無)	妊娠の可能性がある時、MRI、CT検査は原則として施行できません。
■ 脳動脈クリップ	(有・無)	
■ 閉所恐怖症	(有・無)	