FAX 03－5747－1061

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伝え下さい。
※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	頸椎	肩関節	頭部MRI ＋ MRA ＋ VSRAD
		頭部MRI ＋ MRA	胸椎	膝関節	その他（　）
		頭部MRI ＋ MRA ＋ 内耳	腰椎	股関節	
	CT	**頭部**	全体　副鼻腔　聴器　眼窩	**脊椎**	頸椎　胸椎　腰椎
		頸部		**大血管**	大動脈
		胸部	肺野　縦隔　肋骨	**上肢**	（　）
		腹部	上腹部　骨盤	**下肢**	（　）
		胸腹部		**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	携帯型心電図
	下部消化管内視鏡		骨密度測定検査	イベントホルター心電図	24時間血圧計
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）	はずせない歯の金属はそのままで大丈夫です。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）	