

診療情報提供書兼

紹介・検査依頼書

依頼患者				
ふりがな			住所	
氏名			電話	
性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	当院受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
生年月日	年	月	日	歳

予約日時 年 月 日 時 分

来院時間 総合受付 2 番に _____ 時 _____ 分 → 画像センター受付 50 番
 *予約時間の 45 分前までにご来院ください。

検査種別 CT MRI RI

検査部位 脳血流(IMP) DAT スキャン

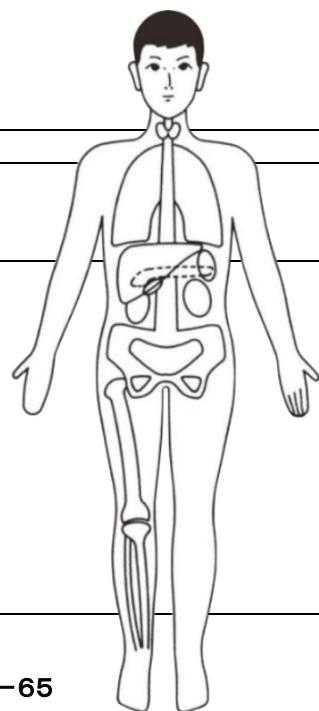
確認項目
 直近 2 週間以内のバリウム検査 無 有
 IDC(植込み型除細動器) 無 有
 ペースメーカ・人工内耳 無 有
 *有りは検査できません。
 その他体内金属 無 有
 *詳細は検査目的欄にご記入ください。
 閉所恐怖症 無 有
 *有りは検査できない場合があります。

造影 有 下にご記入ください↓ 無
 クレアチニン値()mg/dl eGFR()ml/分/1.73m²
 *直近 3 ヶ月を目処に腎機能のチェックをお願いいたします。
 造影剤アレルギー 無 有 (CT MRI)
 喘息 無 有
 【CT のみ】 甲状腺機能亢進症 無 有

患者様へ放射線診療を行うリスク・ベネフィットを考慮した検査の必要性について説明した上で
 同意を得ている ・ 同意を得ていない
 紹介元医療機関 依頼医
 TEL FAX

疾患名・既往歴・処方薬

検査目的・主旨等をご記入ください。
 体内金属がある場合もこちらに詳細をご記入ください。



医療法人創起会 くまもと森都総合病院

予約受付(直通)TEL:364-9792 FAX:362-7823 熊本市中央区大江3-2-65

※前日までに同依頼書の FAX 送信をお願いします。