



検査依頼票（診療情報提供書）

＜貴院にてご記入の上、患者様へお渡しください＞

ふりがな
患者氏名：

生年月日： 男・女
電話：

紹介元医療機関名

ご担当医名：
電話：

＜検査予約日＞ 年 月 日（ ） ＜時間＞ : ～

予約時間の15分前までにお越しくださるよう、患者様にお伝えください。

MRI 検査	□単純	□造影	CT 検査	□単純	□造影
頭部	□脳	□他（ ）	頭部	□脳	□他（ ）
脊椎	□頸椎	□胸椎 □腰椎 □他（ ）	脊椎	□頸椎	□胸椎 □腰椎 □他（ ）
腹部	□肝臓	□MRCP □他（ ）	胸部	□胸部	□他（ ）
骨盤	□前立腺	□子宮 □他（ ）	腹部	□腹部	□他（ ）
四肢	□肩関節（右・左）	□手関節（右・左） □股関節	骨盤	□骨盤	□他（ ）
	□膝関節（右・左）	□足関節（右・左） □他（ ）	四肢	□	□
その他	□	□	その他	□	□

腹部検査は検査前食事制限6時間、造影検査は検査前食事制限4時間 水、お茶のみ可

下記のチェックをお願いいたします

MR, CT	●妊娠の可能性	有 無	造影剤使用時のみ（有がある場合造影検査不可）	
MR のみ	●心臓ペースメーカー、除細動器、人工内耳、神経刺激装置	有 無	●ぜん息	有 無
	●体内金属 種類（ ）	有 無	●造影剤アレルギー	有 無
	●刺青・アートメイク	有 無	●腎機能障害	有 無
	●入れ歯（磁石で固定するもの）	有 無	●クレアチニン値（ ）mg/dl	

有の場合検査できないことがあります。当院にお問い合わせください。

疾患名または臨床診断・検査目的

その他ご要望（撮影法・画像処理法など）

画像データについて

□読影結果と一緒に郵送

□当日患者様持ち帰り

※脳、脳血管の読影結果報告は1～2日後、それ以外の部位は3～7日後のご報告となります。