

# 検査依頼票 兼 診療情報提供書

令和 年 月 日

紹介元医療機関名: \_\_\_\_\_

医師名: \_\_\_\_\_



法人社団 赤坂パークビル脳神経外科  
**菅原クリニック**  
 東京脳ドック

〒107-6102 港区赤坂5-2-20赤坂パークビル2F

TEL:03-5573-8822

FAX:03-5573-8820

検査予約日時	
月 日 ( )	:

※太枠内は必ずご記載下さい。

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	様	男・女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
患者住所:〒	-		患者連絡先:

※MRIかCT、どちらかに○をつけてください。

依頼検査	MRI	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 脊椎 ( 頸椎・胸椎・腰椎 ) <input type="checkbox"/> 関節 ( 肩・肘・膝 )
	CT	<input type="checkbox"/> 造影CT ( 脳血管・頸動脈・胸部大動脈・腹部大動脈・骨盤部動脈 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
造影	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 一任	
送付方法	FAX    ・    郵送    ・    電子メール	
オプション	<input type="checkbox"/> 緊急読影希望 (別途¥1,000-) <input type="checkbox"/> 紙媒体希望 (別途¥2,000-)	

検査目的・症状等

◆確認事項◆	
造影剤アレルギー	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
(女性の方のみ) ご妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

※MRI検査ご依頼の場合には、下記をご記載下さい。

◆MRI検査前 チェックリスト◆	
心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
人工内耳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ステント	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
インプラント・ブリッジ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
刺青・アートメイク	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
その他(具体的にご記載ください)	