

貴院カルテ番号		紹介元医療機関名の所在地及び名称	
フリガナ	性別	TEL	
氏名	男・女	ご担当医師名	
生年月日	年齢	TEL	
大正・昭和・平成・令和	年 月 日	TEL	
住所	TEL		
連絡先（日中連絡がとれる番号）	携帯・自宅・勤務先		
TEL		TEL	
検査モダリティ		予約日時	
<input type="checkbox"/> MRI	予約・問い合わせ 電話番号 03-3881-7711	年 月 日	
<input type="checkbox"/> CT	予約・問い合わせ FAX番号 03-3879-8753	時 分 より	
		上記時間の30分前に来院するように伝えてください。	
		画像提供	
		<input type="checkbox"/> 画像のみ 患者様渡し 結果は後日郵送 (当日)	<input type="checkbox"/> 結果と一緒に郵送 (後日)

造影	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	Cr値： mg/dL	体重	kg
※Cr値が1.5以上の場合は造影不可					

撮影検査部位				
<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤部
<input type="checkbox"/> ルーチン	<input type="checkbox"/> ルーチン	<input type="checkbox"/> ルーチン	<input type="checkbox"/> ルーチン	<input type="checkbox"/> ルーチン
<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 肺野・縦隔	<input type="checkbox"/> 肝臓/胆のう	<input type="checkbox"/> 前立腺
<input type="checkbox"/> 下垂体	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 脾臓	<input type="checkbox"/> 膀胱
<input type="checkbox"/> 内耳道	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 腎臓/副腎	<input type="checkbox"/> 子宮/卵巣
<input type="checkbox"/> 眼窩	<input type="checkbox"/> 血管撮影	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 精巣
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 両下肢MRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MRI 追加オプション	<input type="checkbox"/> CT 追加オプション
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 両下肢CTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MRA	<input type="checkbox"/> CTA
<input type="checkbox"/> 整形部位	<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> VSRAD	<input type="checkbox"/> 3D
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 両	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MPR
<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 肩関節	<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 肘関節	<input type="checkbox"/> 膝関節		
<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 手関節	<input type="checkbox"/> 足関節		

**疾病名**

紹介目的・既往歴及び・病状経過及び検査結果など詳しくご記入くださいます様、宜しくお願い致します。

**下記項目のチェックを宜しくお願い致します。**

MRI	・体内金属（ペースメーカー・脳動脈瘤クリップ・人工内耳・人工弁など） 具体的に（ ）	有・無	有の場合、検査を行えない場合があります。
	・いれずみ・アートメイク	有・無	有の場合、発熱等により中止する場合があります。
	・入れ歯・インプラント（磁石で固定するようなもの）	有・無	有の場合、磁力が弱まる場合があります。
	・薬剤アレルギー	有・無	有の場合、造影検査を中止する場合があります。
	・喘息・小児ぜんそく	有・無	有の場合、当院では検査できません。
	・妊娠または妊娠初期（16週以内）	有・無	有の場合、当院では検査できません。
CT	・糖尿病薬を服用している（薬名 ）	有・無	ヒグアナイド系の服用は、造影検査前後2日間の服用を禁止。
	・喘息・小児ぜんそく	有・無	有の場合、当院では検査できません。
	・妊娠または妊娠初期（16週以内）	有・無	有の場合、当院では検査できません。

貴院カルテ番号 フリガナ 氏名 生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 住所 連絡先 (日中連絡がとれる番号) TEL 携帯・自宅・勤務先	当院カルテ番号 紹介元医療機関名の所在地及び名称 TEL ご担当医師名 (印) <b>予約日時</b> 年 月 日 時 分 より 上記時間の30分前に来院するように伝えてください。
<b>検査モダリティ</b>	
<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT	予約・問い合わせ 電話番号 <b>03-3881-7711</b> 予約・問い合わせ FAX番号 <b>03-3879-8753</b>
<b>画像提供</b>	
<input type="checkbox"/> 画像のみ患者様渡し結果は後日郵送 (当日)	<input type="checkbox"/> 結果と一緒に郵送 (後日)
<b>造影</b> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※Cr値が1.5以上の場合は造影不可	Cr値: mg/dL    体重 kg
<b>撮影検査部位</b>	
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> ルーチン <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 内耳道 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 整形部位 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> ルーチン <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 血管撮影 <input type="checkbox"/> 両下肢MRA <input type="checkbox"/> 両下肢CTA <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 両 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 手関節
<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> ルーチン <input type="checkbox"/> 肺野・縦隔 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 足関節	<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> ルーチン <input type="checkbox"/> 肝臓/胆のう <input type="checkbox"/> 脾臓 <input type="checkbox"/> 腎臓/副腎 <input type="checkbox"/> MRI 追加オプション <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> VSRAD <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> ルーチン <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 子宮/卵巣 <input type="checkbox"/> 精巣 <input type="checkbox"/> CT 追加オプション <input type="checkbox"/> CTA <input type="checkbox"/> 3D <input type="checkbox"/> MPR <input type="checkbox"/> その他	
<b>疾病名</b>	
紹介目的・既往歴及び・病状経過及び検査結果など詳しくご記入くださいます様、宜しくお願い致します。	
<b>下記項目のチェックを宜しくお願い致します。</b>	
MRI	・体内金属 (ペースメーカー・脳動脈瘤クリップ・人工内耳・人工弁など) 具体的に ( )    有・無    有の場合、検査を行えない場合があります。 ・いれずみ・アートメイク    有・無    有の場合、発熱等により中止する場合があります。 ・入れ歯・インプラント (磁石で固定するようなもの)    有・無    有の場合、磁力が弱まる場合があります。 ・薬剤アレルギー    有・無    有の場合、造影検査を中止する場合があります。 ・喘息・小児ぜんそく    有・無    有の場合、当院では検査できません。 ・妊娠または妊娠初期 (16週以内)    有・無    有の場合、当院では検査できません。
CT	・糖尿病薬を服用している (薬名 )    有・無    ヒクアナイト系の服用は、造影検査前後2日間の服用を禁止。 ・喘息・小児ぜんそく    有・無    有の場合、当院では検査できません。 ・妊娠または妊娠初期 (16週以内)    有・無    有の場合、当院では検査できません。

