

CT・MRI・RI 等検査依頼書 兼 診療情報提供書

済生会川口総合病院 放射線科 宛

検査予約日時 年 月 日() 時 分

この封筒とマイナンバー保険証、当院診察券（ある場合）をご持参ください。
外国籍の方は在留カードも併せてお持ちください。
予約時間 30 分前までに本館 1 階新患受付にお越しください。

紹介元医療機関

名 称：

住 所：

電 話：

診療科：

医師名：

(フルネーム)

フリガナ

受診者氏名

生 年 月 日 年 月 日

性 別 男 ・ 女

日中連絡先 (携帯可)

下記に該当がございましたら✓をお願いします。

☐ 労災⇒会社からの様式（書面）の提出が必要です。
→様式（書面）持参無い場合、自費支払い有り

☐ 自賠責⇒保険会社から当院に連絡が必要です。
→保険会社から当院に連絡が無い場合、自費支払い有り

撮影部位の□に✓を入れてください。

その他部位は()内に直接ご記入ください。

CTおよびMRIの依頼の場合には、造影剤使用の有無に○を付けてください。

造影剤有りの場合、4 か月以内のクレアチニン値をご記入ください。

クレアチニン値 (採血日 年 月 日)

造影剤有りの場合、当院書式の造影剤に関する説明（別紙）と同意書が必要になりますので併せてご記入ください。

MRI 依頼時には 3 枚目の MRI 検査 問診・同意確認書もご記載ください。

CT【造影 有 ・ 無】	MRI【造影 有 ・ 無】 ☐ EOB・プリモビスト	RI（ラジオアイソトープ）
☐ 頭部	☐ 頭部（MRI のみ）	☐ 骨シンチ
☐ 副鼻腔	☐ 頭部（MRI+MRA）	☐ 脳血流シンチ ヨードアレルギー 有 ・ 無
☐ 胸部	☐ 頭部（MRI+VSRAD）	☐ DAT シンチ ヨードアレルギー 有 ・ 無 アルコールアレルギー 有 ・ 無
☐ 腹部全体	☐ 副鼻腔	☐ 心筋シンチ MIBG ヨードアレルギー 有 ・ 無
☐ 胸部から上腹部	☐ 頸動脈	☐ ガリウムシンチ（注射と検査は別日にて施行）
☐ 胸部から骨盤腔	☐ 肝胆脾	☐ その他（ ）
☐ 頸部	☐ MRCP → 検査前 4 時間絶飲食	骨密度
☐ その他（ ）	☐ 骨盤腔内 ☐ 膀胱 ☐ 前立腺	☐ DEXA（腰椎正面・両側股関節） 身長_____cm 体重_____kg
☐ 心臓 3D-CT 造影有り	☐ 子宮 ☐ 卵巣	
☐ インプラント（保険外自費） 上顎・下顎（第_____歯） ステント 有 ・ 無	☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 肩 ☐ 肘 ☐ 膝 (みぎ ・ ひだり)	
☐ 単純	☐ 股関節	MMG（マンモグラフィ）
☐ セファログラフィ（保険外自費）	☐ その他（ ）	☐ 両乳房 2R

紹介目的および臨床診断名

既往歴

検査目的/臨床経過

※この欄の記載は、貴院書式の診療情報提供書でも可能です。その際にはこの用紙と併せて FAX 送信後に同封をお願いします。

予約をお取りいただきましたらこちらの用紙と MRI 依頼時には 3 枚目の MRI 検査 問診・同意確認書

造影有りの場合は、造影剤に関する説明と同意書も併せて FAX 048-253-8139 送信後に封入の上で患者様にお渡しください。

CT・MRI・RI 等検査依頼書 兼 診療情報提供書

済生会川口総合病院 放射線科 宛

検査予約日時 年 月 日() 時 分

この封筒とマイナンバー保険証、当院診察券（ある場合）をご持参ください。
外国籍の方は在留カードも併せてお持ちください。
予約時間 30 分前までに本館 1 階新患受付にお越しください。

紹介元医療機関

名 称：

住 所：

電 話：

診療科：

医師名：

(フルネーム)

フリガナ

受診者氏名

生 年 月 日 年 月 日

性 別 男 ・ 女

日中連絡先 (携帯可)

下記に該当がございましたら✓をお願いします。

☐ 労災⇒会社からの様式（書面）の提出が必要です。
→様式（書面）持参無い場合、自費支払い有り

☐ 自賠責⇒保険会社から当院に連絡が必要です。
→保険会社から当院に連絡が無い場合、自費支払い有り

撮影部位の□に✓を入れてください。

その他部位は() 内に直接ご記入ください。

CT および MRI の依頼の場合には、造影剤使用の有無に○を付けてください。

造影剤有りの場合、4 か月以内のクレアチニン値をご記入ください。

クレアチニン値 (採血日 年 月 日)

造影剤有りの場合、当院書式の造影剤に関する説明と同意書が必要になりますので併せてご記入ください。

MRI 依頼時には 3 枚目の MRI 検査 問診・同意確認書もご記載ください。

CT【造影 有 ・ 無】	MRI【造影 有 ・ 無】 ☐ EOB・プリモビスト	RI (ラジオアイソトープ)
☐ 頭部	☐ 頭部 (MRI のみ)	☐ 骨シンチ
☐ 副鼻腔	☐ 頭部 (MRI+MRA)	☐ 脳血流シンチ ヨードアレルギー 有 ・ 無
☐ 胸部	☐ 頭部 (MRI+VSRAD)	☐ DAT シンチ ヨードアレルギー 有 ・ 無 アルコールアレルギー 有 ・ 無
☐ 腹部全体	☐ 副鼻腔	☐ 心筋シンチ MIBG ヨードアレルギー 有 ・ 無
☐ 胸部から上腹部	☐ 頸動脈	☐ ガリウムシンチ (注射と検査は別日にて施行)
☐ 胸部から骨盤腔	☐ 肝胆脾	☐ その他 ()
☐ 頸部	☐ MRCP → 検査前 4 時間絶飲食	骨密度
☐ その他 ()	☐ 骨盤腔内 ☐ 膀胱 ☐ 前立腺	☐ DEXA (腰椎正面・両側股関節)
☐ 心臓 3D-CT 造影有り	☐ 子宮 ☐ 卵巣	身長_____cm 体重_____kg
☐ インプラント (保険外自費) 上顎・下顎 (第____歯) ステント 有 ・ 無	☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 肩 ☐ 肘 ☐ 膝 (みぎ ・ ひだり)	MMG (マンモグラフィ)
☐ 単純	☐ 股関節	☐ 両乳房 2R
☐ セファログラフィ (保険外自費)	☐ その他 ()	

紹介目的および臨床診断名

既往歴

検査目的/臨床経過

※この欄の記載は、貴院書式の診療情報提供書でも可能です。その際にはこの用紙と併せて FAX 送信後に同封をお願いします。

予約をお取りいただきましたらこちらの用紙と MRI 依頼時には 3 枚目の MRI 検査 問診・同意確認書

造影有りの場合は、造影剤に関する説明と同意書も併せて FAX 048-253-8139 送信後に封入の上で患者様にお渡しください。