

診療情報提供書(紹介状) [MRI/CT依頼書] MR.No _____

神戸朝日病院 担当医 (神戸朝日病院用) 平成 年 月 日

検査予定日 年 月 日 曜日 時 分

MRI・CT) ←どちらかに○

(主治医記入欄)

氏名 殿 ()才(男・女)

※喘息：有・無

医療機関名 () 医師名 ()

造影検査の場合 血清クレアチニン値 (mg/dl) 年 月 日 eGFR

単純/造影 MRアンギオ：有・無 eGFR stage 3B・3Y・4・5

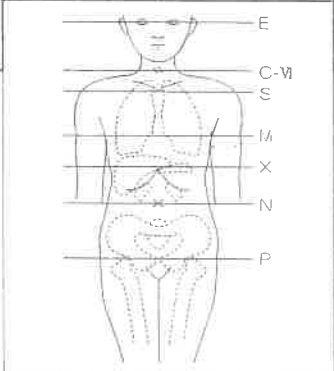
MRI
① 静注法・SPIO
② ダイナミック
③ その他 ()
目的臓器 ()

MRアンギオ：有・無
頭部 頸部・頭頸部・胸部・腹部・骨盤・四肢・MRCP
脊椎(頸椎・胸椎・腰椎・仙尾椎)
関節(手・肘・肩・股・膝・足)
その他(VSRAD)

CT
① 静注法
② ダイナミック
③ その他 ()

単純/造影
点滴静注法
DIC-CT(胆管・胆ノウ)
ダイナミック(MI D-CT)
CTAP
CTA
()
ガストログラフィン経口
Lip-CT

頭部
胸部
上腹部
下腹部
その他 ()



診断名 主訴

患者情報(臨床経過、検査目的、他の検査結果等)

別紙診療情報提供書参照

患者に対する留意事項、薬剤アレルギー、嗜好

比較読影 有・無

前回 年 月 日

(備考)

検査日 年 月 日 午前 午後 時 分 技師

CTスキャン条件 KVP mA sec mm厚 mm間隔 ピッチ比 cm径 度

カルテNo. 氏名