

診療情報提供書(依頼状)

【荏原病院提出用】

作成日: 年 月 日

紹介元医療機関

所在地

電話・FAX

ご担当医師名

フリガナ
患者 氏名

生年月日

(年 月 日)(歳)

電話

(- -)

性別 男・女

予約日

月 日

予約時間

午前・午後 時 分

貴院次回診察日

月 日

検査区分 CT MRI

検査部位

(ご依頼検査項目に✓してください。)

- 頭部 頭部血管
頸部 頸部血管
胸部 冠動脈
上腹部 硝酸塩薬の使用
可 不可
骨盤(膀胱 前立腺
子宮卵巣)
脊椎(頸椎 胸椎 腰椎)
四肢(右 左)
肩関節 肘関節 手関節
股関節 膝関節 足関節
その他()

傷病名/症状

検査/紹介理由

治療経過/現在処方/薬剤アレルギー

既往歴/家族歴

造影(ご希望項目に✓してください)

無 有 一任

(造影有・一任の場合、ご記入をお願いします)

Cr値 or eGFR()

■下記事項のチェックをお願いいたします。

	●体内金属(心臓ペースメーカー・人工内耳・脳動脈クリップ・その他金属類)	有・無	有の場合、検査ができない場合があります
MRI	具体的に[]		応相談
	●刺青・アートメイク ●増毛用パウダー(鉄粉を含む場合がある為)	有・無	場所・時期によって検査ができない場合があります
	●入れ歯(磁石で固定するタイプ)	有・無	安定性が低下する危険性があります
	●喘息	有・無	治療中の場合、造影できない場合があります
	●妊娠初期(13週以内)もしくは妊娠の可能性	有・無	原則検査不可・造影不可
CT	●喘息	有・無	治療中の場合、造影できない場合があります
	●妊娠している方、妊娠の可能性の方	有・無	検査不可
	●ビグアナイド系糖尿病薬の服用	有・無	造影後48時間の休薬をお願いしています。

(公財) 東京都保健医療公社

荏原病院 放射線科

〒145-0065 東京都大田区東雪谷 4-5-10

ご予約・お問い合わせ先

放射線科受付 03-5734-7062 (直通)

受付時間 月～金曜日 8:30～17:15

土曜日 8:30～12:30 (祝日、年末年始を除く)

診療情報提供書(依頼状)

【紹介元医療機関控】

作成日: 年 月 日

紹介元医療機関

所在地

電話・FAX

ご担当医師名

フリガナ
患者 氏名

生年月日

(年 月 日)(歳)

電話

(- -)

性別 男・女

予約日

月 日

予約時間

午前・午後 時 分

貴院次回診察日

月 日

検査区分 CT MRI

検査部位

(ご依頼検査項目に✓してください。)

- 頭部 頭部血管
頸部 頸部血管
胸部 冠動脈
上腹部 硝酸塩薬の使用
可 不可
骨盤(膀胱 前立腺
子宮卵巣)
脊椎(頸椎 胸椎 腰椎)
四肢(右 左)
肩関節 肘関節 手関節
股関節 膝関節 足関節
その他()

傷病名/症状

検査/紹介理由

治療経過/現在処方/薬剤アレルギー

既往歴/家族歴

造影(ご希望項目に✓してください)

無 有 一任

(造影有・一任の場合、ご記入をお願いします)

Cr値 or eGFR()

■下記事項のチェックをお願いいたします。

	●体内金属(心臓ペースメーカー・人工内耳・脳動脈クリップ・その他金属類)	有・無	有の場合、検査ができない場合があります
MRI	具体的に[]		応相談
	●刺青・アートメイク ●増毛用パウダー(鉄粉を含む場合がある為)	有・無	場所・時期によって検査ができない場合があります
	●入れ歯(磁石で固定するタイプ)	有・無	安定性が低下する危険性があります
	●喘息	有・無	治療中の場合、造影できない場合があります
	●妊娠初期(13週以内)もしくは妊娠の可能性	有・無	原則検査不可・造影不可
CT	●喘息	有・無	治療中の場合、造影できない場合があります
	●妊娠している方、妊娠の可能性の方	有・無	検査不可
	●ビグアナイド系糖尿病薬の服用	有・無	造影後48時間の休薬をお願いしています。

(公財) 東京都保健医療公社

荏原病院 放射線科

〒145-0065 東京都大田区東雪谷 4-5-10

ご予約・お問い合わせ先

放射線科受付 03-5734-7062 (直通)

受付時間 月～金曜日 8:30～17:15

土曜日 8:30～12:30 (祝日、年末年始を除く)

診療情報提供書(依頼状)

【患者様用】

作成日: 年 月 日

紹介元医療機関

所在地

電話・FAX

ご担当医師名

フリガナ
患者氏名

生年月日

(年 月 日)(歳)

電話

(- -)

性別 男・女

予約日

月 日

予約時間

午前・午後 時 分

貴院次回診察日

月 日

検査区分 CT MRI

検査部位

(ご依頼検査項目に✓してください。)

- 頭部 頭部血管
頸部 頸部血管
胸部 冠動脈
上腹部 硝酸塩薬の使用
可 不可
- 骨盤(膀胱 前立腺
子宮卵巣)
脊椎(頸椎 胸椎 腰椎)
四肢(右 左)
肩関節 肘関節 手関節
股関節 膝関節 足関節
その他()

CTを受ける方へ

- ① 検査時間は約 20 分です。
- ② 妊娠している方、妊娠の可能性のある方は、検査ができません。
- ③ ヨード造影剤を使用し造影検査を行うことがあります。
ヨードアレルギー及びその他薬剤アレルギーのある方、腎機能障害のある方は、当日検査時に検査技師にお申し出ください。
- ④ 内服中のお薬について
ヨード造影剤の使用時、検査終了から48時間はビグアナイド系糖尿病薬の休薬をお願いしています。(休薬の可否については、主治医に確認をお願いします。)

冠動脈 CT を受ける方へ

- ① 検査時間は約 30 分です。
- ② ヨード造影剤を使用し造影検査を行います。
- ③ 血管をしっかり拡げる為の薬(硝酸塩薬)を使用します。また、検査前に脈拍数の多い人には、一時的に脈拍数を下げる効果の薬(β ブロッカーを使用することがあります。)使用の可否については主治医に確認をお願いします。

MRI を受ける方へ

- ① 検査時間は約 20~40 分です。
- ② 下に該当される方は検査ができません。
※体内に機器入っている方(心臓ペースメーカー、埋込み型除細動器、人工内耳、深部脳刺激装置)
- ③ 下に該当される方は検査ができないことがあります。
※体内に金属が入っている方(脳動脈クリップ、人工関節、人工弁、自己導入チューブ類等)
※狭いところが苦手な方 ※妊娠初期(13 週以内)もしくは妊娠の可能性 ※身体の静止が困難な方
- ④ 下記のものは持ち込めません。
※張り薬(カイロ、湿布、エレキバンなど)、入れ歯、鍵、アクセサリ類、磁気カード(診察券、クレジットカード等)、万歩計、カラーコンタクトレンズ(コンタクトケースをご持参下さい)、補聴器、置き針、ライター、携帯電話、義肢、かつら、その他金属類

(公財) 東京都保健医療公社

荏原病院 放射線科

〒145-0065 東京都大田区東雪谷 4-5-10

ご予約・お問い合わせ先

放射線科受付 03-5734-7062 (直通)

受付時間 月~金曜日 8:30~17:15

土曜日 8:30~12:30 (祝日、年末年始を除く)