

# 検査依頼票（診療情報提供書）

紹介先医療機関名

みたか中村脳神経外科クリニック  
担当医師

三鷹市 下連雀 3-34-15

アトラス三鷹レジデンス202

TEL 0422-40-5070

Fax 0422-40-5071

氏名

生年 M T  
月日 S H

M  
F

施設名	TEL - -
病院・医院・クリニック・整形外科	医師名
検査日	AM PM 時 分

住所

TEL - -

結果説明  診察希望  説明のみ  不要

※頸動脈超音波を含む場合は後日診察

画像提供  フィルム  CD  不要

依頼検査  MRI  CT  X-P

検査部位	検査部位	検査部位
頭部	頸部	頸椎(C ~ )
頭部 MRA	胸部	胸椎(Th ~ )
下垂体	腹部	腰椎(L ~ )
副鼻腔	骨盤腔	
眼窩		その他部位( )
頸動脈MRA	頸動脈超音波	( 右・左 )

検査目的、指示(X-Pは撮影部位 方向も)、病歴、備考

前回検査 無・有 年 月 日  感染症( )  車椅子

CT 検査における安全チェック項目です。必ず問診して下さい。

心臓ペースメーカー(胸部 CT 時) 無・有( )

埋め込み型除細動器 無・有( )

妊娠 無・有( 週 )

MRI 検査における安全チェック項目です。必ず問診して下さい。

心臓ペースメーカー 無・有( ) 義眼、金属の義眼底 無・有( )

埋込み型除細動器 無・有( ) 人工内耳 無・有( )

ニトロガム・ニコチン 無・有( ) 人工弁 無・有( )

脳動脈瘤クリップ 無・有( ) 薬剤注入ポート 無・有( )

妊娠 無・有( 週 ) 閉所恐怖 等 無・有( )

ステント、コイル、クリップ等 ( ) 重篤な発作の可能性 無・有( )

人工関節 他 無・有( 材質 ) 手術歴 年前 )