

FAX予約申込書（診療情報提供書）

令和 年 月 日

紹介先 東京脊椎・関節クリニック 羽田

画像診断センター

所在地 大田区東六郷2丁目20-25

TEL 03-6670-2101

FAX 03-6670-2102

紹介医療機関名

所在地 〒

TEL

FAX

医師名

検査予約日

月 日 () 時 分

ふりがな		生年月日	明・大・昭・平	男・女
患者氏名			年 月 日 (歳)	
住所	〒	TEL	自宅： 緊急：	

傷病名		紹介目的	
-----	--	------	--

臨床情報（主訴、経過）

- 依頼検査 CT（単純） 骨密度（DXA法）
 MRI（単純） XP

※造影剤を用いた造影検査はお受けしておりませんので予めご了承ください。

- 検査部位 頭部 頸部 副鼻腔 胸部 上腹部 骨盤部
 頸椎 胸椎 腰椎 肩関節（右・左） 股関節（右・左）
 膝関節（右・左） その他骨軟部（ ） その他（ ）

検査前チェック項目

(有・無) 体内金属 ()	(有・無) 刺青・アートメイク
(有・無) 入れ歯（磁石で固定するタイプ）	(有・無) 喘息・小児喘息（有は造影禁忌）
(有・無) 腎機能障害（Cr値： mg/dl）	(有・無) 妊娠初期（ 週）および妊娠の可能性
(有・無) 閉所恐怖症の既往（有の場合、造影できない可能性あり）	

次回の貴機関再診予定日 月 日 () AM ・ PM

検査結果の発行に緊急を要する 理由