



FAX : 03-3473-8477

Takanawa Medical Clinic  
高輪メディカルクリニック

※この用紙を FAX していただく前に、お電話で撮影日のご予約をお願いいたします。(TEL : 03-3473-8011)

診療情報提供書

予約 No. \_\_\_\_\_

(一般クリニック用)

撮影日	年	月	日	検査部位	チェックリスト 背臥位 1. 不可 2. 可 安静 1. 不可 2. 可 麻酔 1. 要 2. 不要 酸素 1. 要 2. 不要 付属品 1. 有 2. 無 ( ) 妊娠中 1. はい 2. いいえ 手術歴 1. 有 2. 無 (種類 ) 手術クリップ 1. 有 2. 無 (部位 ) 人工関節 1. 有 2. 無 心臓ペースメーカー 1. 有 2. 無 義歯 1. 有 2. 無 その他の体内の金属片 ( ) 1. 有 2. 無 不整脈 1. 有 2. 無 てんかん 1. 有 2. 無 喘息 1. 有 2. 無 重篤な腎疾患 1. 有 2. 無 透析 1. 有 2. 無
前回撮影	無	・ 有 (	年		
依頼医療機関名	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 (肺) <input type="checkbox"/> 腹部 (肝・胆・膵) (腎・尿路・膀胱) <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 整形領域 (部位 : ) <input type="checkbox"/> 血管評価 (部位 : ) <input type="checkbox"/> 心臓 (冠動脈評価)				
(担当医)					科
患者名	様	男・女	造影剤の使用 有 ・ 無		
生年月日	年	月			
臨床診断名	現在 外来受診中・入院中 患者移動 独歩・車椅子・ストレッチャー				

主訴

症状・コメント

CT検査申し込み諸注意

- ①検査部位又は検査条件について希望がある場合は検査所見にご記入下さい。
- ②チェック欄の1にチェックがある場合、担当放射線医又は担当診療放射線技師に御相談下さい。  
(チェックリストは必ず記入願います。チェックが無い場合、検査が出来ない場合があります。)
- ③からだにつけている金属類 (時計・ネックレス・ピアス等) は検査前に外すようお願い致します。
- ④検査にあたってX線写真等及び紹介状を持参してください。