CT・MRI検査依頼書（診療情報提供書）

医療機関名　　令和　　年　　月　　日

所　在　地

TEL　　富山労災病院「 診察券(IDカード) 」(有 ・ 無)

医師氏名　　ID番号 | | | | | | | |

検査日	令和　　年　　月　　日　午後　　時　　分から				
ふりがな 患者氏名		大正 昭和 平成 令和	年　月　日	性別	男・女
住所		電話			
保険者・記号・番号	保険者番号　　記号　　番号　　被保険者氏名				
検査項目 項目を〇で囲んでください	◆CT（単純 造影 適否一任）	頭部　頚部　胸部　腹部（肝・胆・膵・腎・副腎）　骨盤部 上顎骨　下顎骨　頚椎　胸椎　腰椎 その他（　　）			
	◆MRI（単純 造影 適否一任）	頭部　頚部　胸部　腹部（部位　　）　骨盤部 頚椎　胸椎　腰椎　仙尾骨 関節（ 肩・肘・手・股・膝・足 ）→（ みぎ・ひだり ） その他（　　） 必ずどちらかに〇			

【検査目的及び臨床経過等】

【検査に必要な確認事項】

1. 体重　　kg （MRI検査、造影CT検査依頼の場合はご記入願います。）
2. 身長　　cm（MRI検査依頼の場合はご記入願います。）
3. 腎機能　eGFR:　　（検査日　　/　　）（CT/MRI造影検査の場合）
4. 糖尿病治療薬 （無 ・ 有 …　　）（CT造影検査のみ）
5. 感染症 （ 無 ・ 有 …　　）

※ 予約後、検査依頼書と一緒に下記の書類をFAXしてください。（原本は、当日持参してください。）

MRI検査時：「MRI検査問診表・同意書」
CT造影(一任の場合も)検査時：「CT造影検査問診表・同意書」及び「処方内容」
MRI造影(一任の場合も)検査時：「MRI検査問診表・同意書」「MRI造影検査問診表・同意書」及び「処方内容」

※画像診断レポートおよび撮影データ（CD)は後日郵送とさせていただきます。
画像診断レポートのFAXを希望される場合は、下記にチェックをお願いいたします。
□画像診断レポートのFAXを希望します。

独立行政法人　労働者健康安全機構
富山労災病院
TEL0765-22-1280　放射線(内線2400)　FAX0120-935-631

2012.1.1　作成
2020.4.6　改訂