

# 検査依頼書(診療情報提供書)

大森赤十字病院提出用①  
平成 年 月 日

大森赤十字病院 放射線科宛

〒143-8527 東京都大田区中央4-30-1  
TEL: 03-3775-3676(医療連携室直通)  
FAX: 03-3775-3653(医療連携室直通)

医療機関名  
所在地  
TEL:  
FAX:  
医師名

フリガナ	生年月日	性別
患者氏名 様	明・大・昭・平 年 月 日	男・女

検査種類 CT(要電話連絡) MRI(要電話連絡・要予約) 単純撮影 超音波検査

↳ CT・MRIの造影の有無 造影なし 造影あり

検査部位

<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 下垂体	脊椎 ( <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙尾骨)	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 頸動脈
<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 眼窩	四肢・関節 (左・右)←いずれかに○	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 乳腺
<input type="checkbox"/> 頸部(頸椎は別項目)		<input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 前腕	<input type="checkbox"/> 甲状腺以外の頸部	<input type="checkbox"/> 甲状腺以外の頸部
<input type="checkbox"/> 胸部(胸椎は別項目)			<input type="checkbox"/> 下肢静脈	<input type="checkbox"/> 下肢動脈
<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 乳房		<input type="checkbox"/> 体表	
<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> その他	

※MRIは原則1部位。CTは複数可(腹部骨盤等)

画像の送付方法 CD-R フィルム カルナ転送 ※超音波はレポートでの報告になります。

主訴・病名・臨床診断

臨床情報・検査目的 経過・臨床所見など具体的にご記入ください

確認項目 1~5のうち、必要な項目をご記入ください。(超音波検査は記入不要です)

1. 女性の場合 ・妊娠の有無 (有・無)
2. MRIの場合 ・心臓ペースメーカー、植込み型除細動器、それらの遺残リードなど (有※・無)
  - ・人工内耳(検査不可) (有・無)
  - ・脳動脈瘤のクリップ (有・無)
  - ・ステント (有・無)
  - ・磁石を使った義歯・義眼 (有・無)
  - ・閉所恐怖症 (有・無)
  - ・その他の体内金属・デバイス (有・無)
  - ・いれずみ・タトゥー (有・無) ↳ 有の場合、内容( )

※MRI対応ペースメーカーの場合は連携室にお問い合わせください。その他の体内異物はMRI対応であることを確認してください。
3. 造影CT・造影MRIの場合
  - ・造影剤の副作用歴(原則禁忌) (有・無)
  - ・喘息の既往(原則禁忌) (有・無) ↳ アレルギーの内容
  - ・アレルギー(薬剤・食物・花粉等) (有・無) ↳
  - ・血縁者の造影剤副作用歴 (有・無)
  - ・糖尿病 (有・無)
  - ・心疾患 (有・無) ↳ 腎障害薬剤の内容
  - ・β遮断薬使用中 (有・無) ↳
  - ・腎障害をきたす薬剤の使用 (有・無) ↳
  - ・腎機能低下 (有・無) ↳

Cre	mg/dl	eGFR	ml/min/1.72m2
-----	-------	------	---------------

CreとeGFRはいずれかで結構です。
4. 造影CTの場合
  - ・インターロイキン2使用中 (有・無)
  - ・マクログロブリン血症 (有・無)
  - ・褐色細胞腫が疑われる状況 (有・無)
  - ・多発性骨髄腫 (有・無)
  - ・テタニー、Ca代謝異常 (有・無)
  - ・甲状腺疾患 (有・無)
  - ・ビグアナイド内服 (有・無)
5. 上記のうち「有」の項目がある場合 安全性の確認や適応の吟味を行い、検査依頼します。(はい・いいえ)

なお、内容によってはご依頼の通りの検査ができないこともありますので、ご了承ください。  
検査の適応につきご不明な点がありましたらお問い合わせください。

# 検査依頼書(診療情報提供書)

平成 年 月 日 貴院控②

大森赤十字病院 放射線科宛

〒143-8527 東京都大田区中央4-30-1  
TEL: 03-3775-3676(医療連携室直通)  
FAX: 03-3775-3653(医療連携室直通)

医療機関名  
所在地  
TEL:  
FAX:  
医師名

フリガナ	生年月日	性別
患者氏名	明・大・昭・平 年 月 日	男・女

検査種類  CT (要電話連絡)  MRI (要電話連絡・要予約)  単純撮影  超音波検査

↳ CT・MRIの造影の有無  造影なし  造影あり

検査部位

<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 下垂体	脊椎 ( <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙尾骨)	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 頸動脈
<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 眼窩	四肢・関節 (左・右) ←いずれかに○	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 乳腺
<input type="checkbox"/> 頸部(頸椎は別項目)		<input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 前腕	<input type="checkbox"/> 甲状腺以外の頸部	<input type="checkbox"/> 甲状腺以外の頸部
<input type="checkbox"/> 胸部(胸椎は別項目)			<input type="checkbox"/> 下肢静脈	<input type="checkbox"/> 下肢動脈
<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 乳房		<input type="checkbox"/> 体表	
<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> その他	

※MRIは原則1部位。CTは複数可(腹部骨盤等)

画像の送付方法  CD-R  フィルム  カルナ転送 ※超音波はレポートでの報告になります。

主訴・病名・臨床診断

臨床情報・検査目的 経過・臨床所見など具体的にご記入ください

確認項目 1~5のうち、必要な項目をご記入ください。(超音波検査は記入不要です)

1. 女性の場合 ・妊娠の有無 (有・無)
2. MRIの場合 ・心臓ペースメーカー、植込み型除細動器、それらの遺残リードなど (有※・無)
  - ・人工内耳(検査不可) (有・無)
  - ・脳動脈瘤のクリップ (有・無)
  - ・ステント (有・無)
  - ・磁石を使った義歯・義眼 (有・無)
  - ・閉所恐怖症 (有・無)
  - ・その他の体内金属・デバイス (有・無)
  - ・いれずみ・タトゥー (有・無) ↳ 有の場合、内容( )

※MRI対応ペースメーカーの場合は連携室にお問い合わせください。その他の体内異物はMRI対応であることを確認してください。
3. 造影CT・造影MRIの場合
  - ・造影剤の副作用歴(原則禁忌) (有・無)
  - ・喘息の既往(原則禁忌) (有・無) ↳ アレルギーの内容
  - ・アレルギー(薬剤・食物・花粉等) (有・無) ↳
  - ・血縁者の造影剤副作用歴 (有・無)
  - ・糖尿病 (有・無)
  - ・心疾患 (有・無) ↳ 腎障害薬剤の内容
  - ・β遮断薬使用中 (有・無) ↳
  - ・腎障害をきたす薬剤の使用 (有・無) ↳
  - ・腎機能低下 (有・無) ↳
4. 造影CTの場合
  - ・インターロイキン2使用中 (有・無)
  - ・マクログロブリン血症 (有・無)
  - ・褐色細胞腫が疑われる状況 (有・無)
  - ・多発性骨髄腫 (有・無)
  - ・テタニー、Ca代謝異常 (有・無)
  - ・甲状腺疾患 (有・無)
  - ・ビグアナイド内服 (有・無)

Cre	mg/dl	eGFR	ml/min/1.72m2
-----	-------	------	---------------

CreとeGFRはいずれかで結構です。

5. 上記のうち「有」の項目がある場合 安全性の確認や適応の吟味を行い、検査依頼します。(はい・いいえ)

なお、内容によってはご依頼の通りの検査ができないこともありますので、ご了承ください。  
検査の適応につきご不明な点がありましたらお問い合わせください。

ご来院の際は、予約時間の30分前までに初診・紹介窓口にお越しください。

## 予約日時

フリガナ	
患者氏名	様

AM・PM					
平成	年	月	日( )	時	分

※ 検査の種類・当日の状況により、お待たせする可能性がございます。ご了承ください。

### ★ お持ちいただくもの

保険証  
各種医療証  
検査依頼書(診療情報提供書)  
診察券(大森赤十字病院の診察券をお持ちの場合)  
現在服薬中のお薬(お薬手帳)

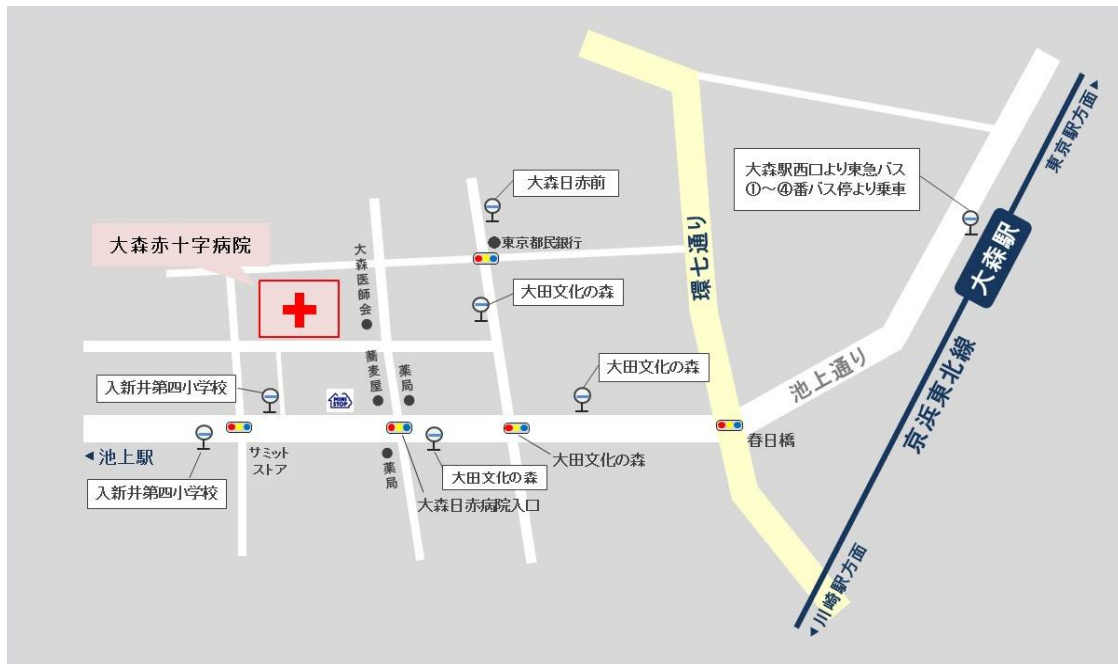
### ★ お問い合わせ先

医療連携室  
TEL:03-3775-3676(直通)  
(時間外・休診日は03-3775-3111(代表)へ)

### ★ 休診日

土曜日・日曜日・祭日・年末年始(12/29~1/3)

## 【大森赤十字病院交通案内】



- JR京浜東北線「大森駅」山王西口よりバスで約8分  
東急バス：池上駅行、蒲田駅行、洗足池行、上池上循環(外回り)にて「大田文化の森」下車
- 東急池上線「池上駅」よりバスで約10分  
東急バス：品川駅行、大井町駅行、荏原町駅入口行、大森駅行、上池上循環(内回り)にて「入新井第四小学校」下車
- 東急大井町線「荏原町駅」より下車→(徒歩4分)→東急バスで約10分  
東急バス：蒲田駅行、大森駅行にて「大森日赤前」下車

大森赤十字病院

〒143-8527 東京都大田区中央4丁目30番1号

<http://omori.jrc.or.jp>