年　　月　　日 作成

委託検査依頼書（診療情報提供書）

フリガナ		医療機関名	
患者氏名	様		
性　　別	男 ・ 女	指示医師名	
生年月日	年　　月　　日	緊急連絡先	

検査予約日時

年　　月　　日　　時　　分より

□MRI	□ CT
□頭部（□ MRA）	□頭部
□頚部（□ MRA）	□胸部
□骨盤部	□腹部
□脊椎（□頚椎・□胸椎・□腰椎）	□脊椎（□頚椎・□胸椎・□腰椎）
□上肢（□右肩関節・□左肩関節）	□上肢（□右肩関節・□左肩関節）
（□右肘関節・□左肘関節）	（□右肘関節・□左肘関節）
（□右手関節・□左手関節）	（□右手関節・□左手関節）
（□右手・□左手）	（□右手・□左手）
□下肢（□右股関節・□左股関節）	□下肢（□右股関節・□左股関節）
（□右膝関節・□左膝関節）	（□右膝関節・□左膝関節）
（□右足関節・□左足関節）	（□右足関節・□左足関節）
（□右足・□左足）	（□右足・□左足）
□その他（　　）	□その他（　　）
検査目的・撮影部位の具体的指示	主症状・臨床経過及び臨床診断名

■　以下の項目に該当する場合、当院では検査を行えませんので、確認をお願いします。

MRI	□以下の体内金属がある場合 心臓ペースメーカー・体内自動除細動器・人工内耳・神経刺激装置・骨成長刺激装置 圧可変式バルブシャント・脳動脈瘤クリップ・心臓人工弁・ステント 金属留置ストーマ・金属製避妊リング・乳房再建拡張器・美容整形金糸
	□磁石により装着する義眼・義歯がある場合
	□妊娠の可能性がある場合
CT	□妊娠の可能性がある場合

医療法人　愛誠会　　ゆりクリニック名古屋東
〒463-0001　名古屋市守山区上志段味川原 156 番地
Tel:052-736-5000　　Fax:052-736-5003