みほん－放射線科/オープン検査依頼表－

年　　月　　日

貴院名：テストクリニック　　主治医名：テスト

患者名：新葛　太郎　様　　性別：男性・女性

生年月日：　明治・大正・昭和・平成　１１年　１１月　１１日

依頼検査：　CT　・　MRI　・　XP

検査部位：頭部　　単純　・　造影

貴診断名（『疑い』を含みます）・臨床所見

２・３日前から、左半身の麻痺症状が出現。
Brain　精査目的。

※　その他　検査に際し指示があれば　ご記入下さい。

＝患者情報＝

検査を適切に行うための資料と致します。また、造影剤使用時における安全確認の資料ともなりますので、ご理解とご記入をお願いします。

（１）　基礎疾患および罹患している他の疾患

□　気管支喘息　□　造影剤アレルギーの既往

□　マクログロブリン血症　□　多発性骨髄腫　□　褐色細胞腫

（２）　異常 data 等ありましたら記載してください。

（３）　体内異物

□　埋め込み型ペースメーカ・除細動器　□　脳動脈クリップ

☑　体内金属（１年前に右足関節の手術をしてプレートが入っています。）

※　造影検査には、同意書が必要になりますので同封してください。（CT 検査）

〈新葛飾ロイヤルクリニック　放射線科〉