



氏名  
生年月日 性別  
日中連絡のとれる電話番号 住所  
— —

紹介元医療機関名の所在地及び名称

電話番号

ご担当医師名

印

紹介先医療機関名: 恩田メディカルプラザ ご担当医御机下  
東京都世田谷区三軒茶屋2-11-20サンタワーズD棟5階

依頼内容

- 頭部  顔面  顎関節
- 下垂体  副鼻腔  聴器
- 頸部
- 頸椎  胸椎  腰椎  仙椎
- 肺  縦隔
- 腹部 MRCP  
\*検査6時間前から食事制限  
(水・お茶:○、ミルク・クリーム:×)
- 肩(左・右)  手(左・右)
- 手関節(左・右)  肘(左・右)
- 膝(左・右)
- 股(左・右)  足関節(左・右)
- その他 ( )

傷病名・紹介目的

症状経過

造影の希望:  なし  あり

\*4時間以上の食事制限が必要になります。

eGFR:

検査日:

■下記事項のチェックをお願いします。

体内金属(心臓ペースメーカー・人工内耳・脳動脈瘤クリップ・その他)  
具体的に( )  
\*ありの場合検査できない場合があります。応相談。

なし

あり

入れ墨・アートメイク  
\*ありの場合、場所・時期によって検査ができない場合があります。

なし

あり

入れ歯(磁石で固定するもの)  
\*ありの場合は安定性が低下する可能性あり。お電話ください。

なし

あり

妊娠初期(13週以内)もしくは妊娠の可能性  
\*ありの場合は原則検査不可です。

なし

あり

■読影レポートとともにCD-Rは  不要  要

☆お問い合わせ 03-5726-9327 FAX:03-5726-9333