



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サントワーズ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