

診断依頼書 CT RI MRI

患者氏名 \_\_\_\_\_

令和 年 月 日

生年月日 年 月 日生 男性 ・ 女性 \_\_\_\_\_

(五泉中央病院記入) ID 番号 \_\_\_\_\_

依頼元 医療機関名 \_\_\_\_\_

診療科 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

(※次回診察予定日： )

【診断 (または主訴)】

依頼画像	検査名
1. 年 月 日	
2. 年 月 日	
3. 年 月 日	

【検査目的】

参考画像<□要・□不要>	検査名
1. 年 月 日	
2. 年 月 日	
3. 年 月 日	

【既往歴 (手術歴等)】

【現病歴】

※ 造影ありの場合：

糖尿病内服薬の有無 なし あり → ビグアニド系血糖降下薬の内服 なし あり  
直近のクレアチニン値 (                      mg/dl ) (                      月                      日)