検　査　依　頼　書

検査日　　年　　月　　日（　　）

検査予約時間　　時　　分

患者氏名

病院名

依頼検査	□ ＭＲＩ □ ＣＴ □ その他	撮影部位	□頭部	□頸椎	□胸椎	□胸部	□腰椎	□腹部	□骨盤	□股関節	□四肢（　）	□その他	□単純 □単純+造影 □造影
	□ 骨密度測定のみ □ 骨密度測定+治療開始、継続にあたり整形外科医からのコメント												

検査目的、臨床情報及び特記事項

・クレアチニン（　　mg/dL　）
・eGFR　　（　　ml/分/1.73㎡）
・糖尿病薬（ビグアナイド系）　　内服　（　有　　・　　無　）
・造影剤使用の説明　（　済　）
※お薬手帳をご持参下さい。　　医師署名

上越地域医療センター病院