

CT・MRI検査依頼書（兼診療情報提供書）

平成 年 月 日

患者氏名（フリガナ）		生年月日 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日（ 歳）		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
連絡先（自宅・携帯電話）※予約前日に、確認のご連絡を致します。			予約希望日時 月 日（ ） ；		
検査区分	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI	造影剤の使用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 放射線科医一任 有・一任の場合、※下記のクレアチニン値のご記入を 必ずお願いいたします。		
画像のご提供方法	<input type="checkbox"/> CDR <input type="checkbox"/> フィルム	画像の搬送方法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> ご本人手渡し		
移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー				
部位	<input type="checkbox"/> 頭部（ ）		<input type="checkbox"/> 四肢（ ）		
	<input type="checkbox"/> 頭頸部（ ）		<input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎（ ）		
	<input type="checkbox"/> 胸部（ ）		<input type="checkbox"/> その他（ ）		
	<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 胆 <input type="checkbox"/> 膵 <input type="checkbox"/> 脾 <input type="checkbox"/> 腎泌尿器 <input type="checkbox"/> 生殖器 <input type="checkbox"/> 骨盤		（ ）		
診断名					
検査目的 病歴等					
ペースメーカー の有無	<input type="checkbox"/> 有 * 有りの場合はペースメーカーの機種・型式をご確認下さい。以下のものではCT検査ができない場合があります。 機種・型式:メドトロニック社 InSync 8040型 <input type="checkbox"/> 無				
その他体内 金属の有無	<input type="checkbox"/> 有 * 有りの場合は、部位や素材・挿入年月日などを出来るだけ詳しくご記入ください。 <input type="checkbox"/> 無（ ）				
手術歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		刺青	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
感染症	HBS:	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	HCV:	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	
	WAS:	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	TPHA:	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	

※ 以下は造影剤使用の場合、また放射線科医一任の場合に必ずご記入ください。クレアチニン値の記載がない場合は、造影剤を使用した検査が施行できません。ご理解とご協力をお願い致します。

血清クレアチニン値	mg/dl	最終測定日	平成	年	月	日
身長	cm	体重	kg			

※ 別紙の造影剤アレルギー問診表と造影剤使用の同意書の記載をお願い致します。

医療機関名

診療科

依頼医サイン

印

ご紹介いただきまして誠にありがとうございます

医療法人社団 高邦会 福岡山王病院 地域医療連携室:TEL 092-832-1107(直通)/FAX 092-832-1206(直通)

電話予約後、地域医療連携室へFAXしてください。当日、本紙を受付へ提出してください。