

CT・MRI 検査依頼書 (兼診療情報提供書)

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 <input type="checkbox"/> R 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致します。	
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"/> 胸 部 ()		
	<input type="checkbox"/> 頭頸部 ()		<input type="checkbox"/> 四 肢 ()		
	脊 椎: <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 ()		<input type="checkbox"/> その他 ()		
	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					
手術歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 * ステント留置術を「有」に含みます		刺 青	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
ペースメーカーの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		* 有りの場合はペースメーカーの機種・型式をご確認ください。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		
その他体内金属の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 * 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。 ()				
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	年	月	日
身長	cm	体重			kg

※ 別紙の造影剤アレルギー問診票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 _____ 電話番号 _____

〒

住所 _____ 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。

福岡山王病院 医療連携室

【フリーダイヤル】 TEL 0120-832-876 FAX 0120-832-878

【直 通】 TEL 092-832-1107 FAX 092-832-1206

電話予約後、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。

CT・MRI検査依頼書（兼診療情報提供書）

年 月 日

患者氏名 (フリガナ)		生年月日		性別	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 年 月 日 (歳)		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
連絡先 (自宅・携帯電話)			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致します。		
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		

ご来院いただく患者さまへ

当日は、検査開始予定（予約時刻）の**30分前**にご来院の上、**1F総合受付**までお越しください。
 受付に、**保険証**と、**紹介状（検査依頼書）**をお渡してください。

ご 注 意



～ お食事等について ～

CT 検査

腹部検査を受ける方は、当日朝は、**絶食**でお願いします。お茶・水等の水分は十分に摂取されて、ご来院ください。

MRI 検査

・腹部全般の検査の場合は、**検査6時間前から絶食**でお願いします(水・お茶等は飲んでいただいても結構です)。
 ・肝臓・胆のう・膵臓の検査及び、MRCP(膵・胆管造影検査)を受けられる方は、**検査6時間前から絶飲食**でお願いします。

ご不明な点等ございましたら、当院までお問い合わせください。(医療連携室 092-832-1107)

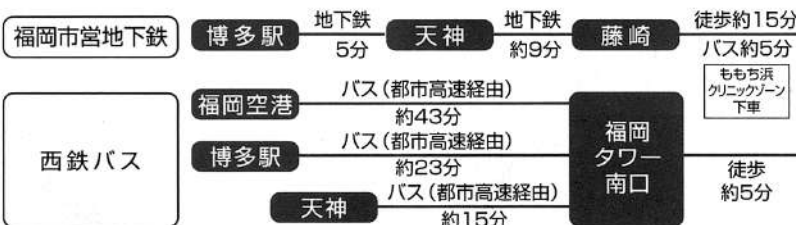
交通アクセス



西鉄バス

バス停	行き先番号
博多駅A	302 305 307
博多交通センター1F (6番のりば)	312 306
天神バスセンター (1A)	302 305 W1 W2
西新パレス	25 15 10 94 54-1
藤崎	305 306 40 200 1 1-5 2 W1

(令和2年8月現在)



ももち浜
福岡山王病院
 FUKUOKA SANNO HOSPITAL
 医療連携室
TEL 092-832-1107(直)
FAX 092-832-1206(直)
 〒814-0001 福岡市早良区百道浜3丁目6番45号