

紹介患者様 診療情報提供書 (CT・MRI検査依頼申込書)

* 紹介元医療機関

医療機関名・所在地
診療科 担当医師名
TEL () -
FAX () -

* 個人情報

フリガナ 氏名 男性・女性
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
住所
TEL () -
FAX () -

* 受診歴

- 有 →カルテNo ()
無 →保険証又は保険情報のコピー可

Table with insurance details: 保険者番号, 記号・番号, 被保険者 (本人・家族), 負担割合, 割, 資格取得日, 年 月 日, 有効期限, 年 月 日, 公費, 有効期限, 年 月 日

撮影日 ・希望日 () ・都合が悪い日 ()
※土曜日、日曜日、祝祭日以外をご記入ください。

* 紹介目的 (依頼検査・部位等)

CT MRI
単純 造影 (Routine・Dynamic)
※造影検査は、午後のみとなります。
※造影剤問診票・同意書を必ず持参してください。

検査部位 (具体的に記入してください)
頭部 ()
頭頸部 ()
歯科インプラント用上顎・下顎 ()
頸部 ()
胸部 ()
心臓 冠動脈 ()
腹部 ()
骨盤部 ()
脊椎 ()
四肢 ()
血管系 躯幹・四肢 ()
※同日に複数部位の撮影はできない場合があります。

臨床診断・経過
※ご記入いただいたこの書類を当日ご持参ください。
改めて来院時の情報提供書は必要ございません。
データ持ち帰り方法・・・ □フィルム □CD-R

手術歴 (内視鏡的手技を含む)

* 患者チェックリスト

CT・MRI 共通患者チェックリスト
体重 () kg
妊娠している、また可能性がある (いいえ・はい)
感染症 無・未・有 ()
埋め込み型心臓ペースメーカー 無・有 (メーカー名 型番)
埋め込み型除細動器 無・有 (メーカー名 型番)

MR I 患者チェックリスト
体温調整機能の異常がある、また可能性がある。(いいえ・はい)
閉所恐怖症、また可能性がある。(いいえ・はい)
入れ墨・アートメイク等を施している。(いいえ・はい)
長時間に渡る静止ができない。(いいえ・はい)
鉄工所など鉄粉を浴びる可能性のある職業に就いている、また過去に就いていた。(いいえ・はい)
電気電子機器 (移植蝸牛刺激装置・誘導性視床刺激装置・骨成長刺激装置・注入ポンプ・人工中耳・内耳等) が入っている、また可能性がある。(いいえ・はい)
体内に、強磁性体物質 (金属片・金属粉・銃弾・脳動脈クリップ・人工耳小骨・磁力により装着する義眼・磁石部分が着脱可能な義歯・頸動脈クリップ・心臓人工弁・磁力で調整する製品・人工関節等) が入っている、また可能性がある。(いいえ・はい)
ステント挿入術後8週間以内である。(いいえ・はい)
ブスコパンの禁忌 (MRCP時のみ)。(無・有)

造影CT・MRI共通患者チェックリスト
造影検査歴 無・有 (副作用 無・有)
アレルギーの既往 無・有 (気管支喘息・蕁麻疹・食物薬剤アレルギー・花粉症・アトピー性皮膚炎)
腎臓機能異常 無・有
BUN mg/dl
Cre mg/dl
Ccr ml/min