

# 診療情報提供書 兼 CT・MRI 申込書

検査申込日 年 月 日 伊万里有田共立病院用

- ①単純検査の場合・・・こちらの申込書にて放射線科 FAX 0955-41-2630、又は電話予約 0955-46-2121(内線1145)  
 ②造影検査の場合・・・別紙 [診療情報提供書] を地域医療連携室へ FAX 0955-46-2160 をお願いします。  
 診療各科にご紹介の後に、造影検査を施行いたします。その際、放射線科への予約は不要です。

検査決定日時		検査の希望日		医療機関名	
年 月 日	第一希望 月 日( ) 時	月 日( ) 時	所在地		
午前・午後	第二希望 月 日( ) 時	時 分	TEL/FAX		
	都合が悪い日 月 日( )		医師名	印	
フリガナ		生年 月 日	年 男・女	保険者番号	
患者氏名			月 日 (才)	被保険者証記号・番号	
住所		電話番号	連絡のつきやすいもの 自宅・携帯・職場	被保険者との続柄	本人・家族
				公費負担番号	
紹介目的				公費負担医療の受給者番号	
臨床診断・検査の主眼点				負担割合	割
既往歴及び現在の処方					

検査種別	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/>	身長	cm	体重	kg
------	-----------------------------	------------------------------	--------------------------	----	----	----	----

撮影方法	<input type="checkbox"/> 単純のみ (脳MRA、頸部MRAは単純撮影です。造影剤は使用しません。)
------	---

撮影部位	CT	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 上下腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 四肢
	MR	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 脳 + MRA <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸部 MRA <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 内耳 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 腎・副腎 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙尾骨 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 大腿骨 <input type="checkbox"/> 下腿骨 関節:(右・左) <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> その他( )

患者情報	◆患者状態 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来通院中 ◆移動手段 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> その他( )
	◆感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [ HB・HCV・HIV・MRSA・Tb・( ) ] <input type="checkbox"/> 不明

CT・MR共通確認事項	◆心臓ペースメーカーや体内除細動器 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ◆妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
-------------	---

MR確認事項	体内金属	◆心臓ペースメーカーやMR禁忌の体内埋込機器 <input type="checkbox"/> 無 (確認がなければ検査施行できません) ◆脳動脈瘤クリップや、その他の血管クリップ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 金属の部位 [ ] ◆外科・整形外科的術後金属 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 有りの場合、MR検査可能である事の確認をお願い致します。 ◆その他の留置物(心臓人工弁、ステント、コイル) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		◆刺青やアートメイク <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (変色や火傷の可能性がありますので、患者様の同意を得て下さい。)
		◆仰臥位での1時間の安静 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ◆閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

検査結果	◆画像 <input type="checkbox"/> CD-R (DICOM) <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> 不要
	◆読影 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 ※読影結果は翌日にはFAXさせていただきます。