

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

- 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 [診療予約申込書] 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	電話番号
患者氏名		月 日 (才)		連絡のつきやすいもの 自宅・携帯
住所				
紹介目的				
臨床診断 検査の主眼点				
既往歴				

検査種別  CT  MRI  骨密度 ※単純検査のみ承ります 身長: cm 体重: kg

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"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 四肢
	MR	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 四肢( )(右・左) <input type="checkbox"/> 軟部腫瘍(部位: ) <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 全身転移検索(頭部～骨盤) ※がんの再発・転移検索を目的とされる際にご依頼下さい <input type="checkbox"/> 不明熱原因検索(頭部～骨盤) ※CT等で原因が特定できなかった際にご依頼下さい

患者情報 ◆体内金属 (有・無) 金属の部位( ) ◆妊娠 (有・無)  
 ◆感染症 (有・無) ※「有」の場合は詳細を記入お願いします( )

MR確認事項

体内金属

- ◆ペースメーカーやMR禁忌の体内機器 (有・無) ※「有」の場合は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 (有・無)
- ◆体内留置物(心臓人工弁、ステント、コイル) (有・無) 有りの場合、MRI検査可能である事の確認をお願いします
- ◆外科・整形外科的術後金属 (有・無) 確認済
- ◆磁気インプラント・可動式義眼 (有・無)
- ◆シャントバルブ (有・無) ※「有」は検査後の確認調整のため脳神経外科の受診もお願いします

◆刺青やアートメイク (有・無) ※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  
 ◆閉所恐怖症 (有・無) ※「有」で内服薬が必要な際は貴院での処方をお願いします  
 ◆妊娠 (有・無) ※妊娠16週以降の検査が推奨されています  
 ◆血糖値測定器 (有・無) ※「有」の場合は装着期間を考慮した予約をお願いします

検査結果 ◆画像 【 CD-R (DICOM) ・ フィルム ・ 不要 】 ※画像は検査終了後、患者様にお渡します  
 ◆読影 (要・不要) ※読影結果はFAXにて報告させていただきます