

診療情報提供書 兼 CT・MRI 申込書

検査申込日

20 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	
20 年 月 日	午前・午後 時 分	第一希望 月 日 時	第二希望 月 日 時	都合が悪い日 月 日 時	所在地	
フリガナ		生年月日 (西暦)		年	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	TEL/FAX
患者氏名		月 日 (才)		電話番号	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"/> 広範囲拡散強調画 <input type="checkbox"/> 四肢 () () ※広範囲拡散強調画像は骨転移検索目的としてご利用下さい ※複数部位の場合は撮影日を分けてご予約を承る場合があります

患者情報 ◆体内金属 () 金属の部位 [] ◆妊娠の可能性 ()
◆感染症 () ※有の場合は詳細記入 [] ◆患者状態 ()

MR確認事項	体内金属	◆心臓ペースメーカーやMR禁忌の体内機器 () ※有の場合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 () ◆体内留置物(心臓人工弁、ステント、コイル) () ◆外科・整形外科的術後金属 () ◆磁気インプラント・可動式義眼 () ◆シャントバルブ () ※「有」は検査後の確認調整のため脳外科の受診もお願いします。	有りの場合、MRI検査可能である事の確認をお願いします 確認済 <input type="checkbox"/>
		◆刺青やアートメイク () ※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30分の安静 () ◆閉所恐怖症 () ※内服薬はご持参ください ※濃いメイク・ヘアファンデーションは安全のため落としていただく場合があります。お控え下さい。 ※コンタクトレンズは検査部位に関係なく外していただきます。ケース等をお持ち下さい。	

検査結果 ◆画像 【 】
◆読影 () ※読影結果は翌日にはFAXさせていただきます。