

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	所在地		
午前・午後	第二希望	月 日()	時	TEL/FAX		
時 分	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		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 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"/> 広範囲拡散強調画像 <input type="checkbox"/> 四肢()(右・左) <input type="checkbox"/> その他() ※ <u>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</u> ※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 (有・無) 金属の部位 [] ◆妊娠 (有・無)
◆感染症 (有・無) ※「有」は詳細記入() ◆患者状態 (入院中・外来通院中)

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・無) ※有り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 (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 <input type="checkbox"/> ◆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ください。 ◆仰臥位での30分の安静 (可・不可) ◆閉所恐怖症 (有・無) ※内服薬はご持参ください。 ◆妊娠 (有・無) ※妊娠16週以降の検査を推奨されています ※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 【 CD-R (DICOM) ・ フィルム ・ 不要 】
◆読影 (要・不要) ※読影結果は翌日にはFAXさせていただきます。