

診療情報提供書(検査依頼票)

直通TEL : 045-871-5225

直通FAX : 045-871-9701

フリガナ			
患者氏名	<input type="checkbox"/> 男性 様 <input type="checkbox"/> 女性		
生年月日	T・S・H	年	月 日()歳
電話番号	自宅:	-	-
	携帯:	-	-

予約日時	年	月	日
	時	分	

*検査予約日時は、お電話にて確定いたします。
*受付時間は 月~土 9:00~16:30です。

〈ご依頼内容・経過情報〉 (該当する全てに チェックしてください)

検査種別	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> GF(経口・経鼻) <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー <input type="checkbox"/> その他()
撮影方法	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 ※当院医師の判断により、造影撮影を中止し単純撮影に変更する場合がございます。 <input type="checkbox"/> 一任 ※当院医師の判断により、単純撮影に加えて造影撮影を行う場合がございます。
撮影部位 (該当すべてに)	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> その他()
主訴 臨床経過など (具体的に)	※「造影」または「一任」の場合…血清クレアチニン(Cre) 値()mg/dl ※ 3カ月以内の結果データをご記入ください。

〈検査結果〉

画像	<input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> 不要	読影	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
----	---	----	--

〈患者情報 治療歴など〉

感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HIV	糖尿病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※ピグアナイド系糖原病薬は、CT造影検査前後48時間の休薬が必要です。
手術歴	年 月 日 (部位・術式等)	心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※MRI検査は禁忌 (CT検査は一部機種により禁忌)
		除細動器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※MRI・CT検査は禁忌
その他の患者さま留意事項(ADL、コミュニケーション等)		気管支喘息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※成人発症の気管支喘息 MRI・CT造影検査は原則禁忌です。
		アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
妊 娠	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	インプラント 体内金属	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
		閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 入れ墨・伏針 アートメイク <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

紹介元医療機関(ゴム印でも構いません。)		年 月 日
〒		
住所		
名称	_____	医師名 _____
電話	_____	FAX _____