病院提出用・貴院控用

**CT・MRI検査依頼書**（兼診療情報提供書）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 平成　年　月　日 | | | | |
| **患者氏名**（フリガナ） | | |  | | | | | | **生年月日** | | | | | | | | | | | | **性別** | | |
|  | | | | | | | | | □ T　□ S　□ H | | | | | | | | | | | | □ 男　□ 女 | | |
| 年月日 | | | | | | | | | （ 歳） | | |
| **連絡先**（自宅・携帯電話） | | | | | | | | | | **検査希望日時** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | 月日（） | | | | | | | | | | | ： | | |
| **検査区分** | □ CT 　□ MRI | | | | **造影剤の使用** | | | | □ 有　 □ 無　 □ 放射線科医一任 | | | | | | | | | | | | | | |
| 有、一任の場合 | | | | | * 下記、**クレアチニン値**のご記入を必ずお願いいたします。 * クレアチニン値の記載がない場合は、造影剤を使用した検査が施行できません。 | | | | | | | | | |
| **画像のご提供方法** | □ CD-R　□ フィルム | | | | **画像の運搬方法** | | | | □ 郵送　□ ご本人手渡し | | | | | | | | | | | | | | |
| **移動方法** | □独歩 □車いす □ストレッチャー | | | | | | | （ADL： | | | ） | | | | | | | | | | | | |
| **部位** | □頭部 | | | （） | | | | | | | | □胸部 | | | | | （） | | | | | | |
| □頭頚部 | | | （） | | | | | | | | □四肢 | | | | | （） | | | | | | |
| 脊椎：□頸椎　□胸椎　□腰椎 | | | | | | （） | | | | | □その他 | | | | | （） | | | | | | |
| 腹部：□肝　□胆　□膵　□脾　□腎・泌尿器　□生殖器　□骨盤 | | | | | | | | | | | | | | | | （） | | | | | | |
| **診断名** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **検査目的**  **病歴等** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **手術歴** | | □ 有　　□ 無 | | | ＊ステント留置術を「有」に含みます | | | | | | | | | | **刺青** | | | | □ 有　□ 無 | | | | |
| **ペースメーカーの有無** | | □ 有　　□ 無 | | | ＊有の場合は、ペースメーカーの機種・型番をご確認ください。以下のものではCT検査が行えない場合もあります。**［メドトロニック社 InSync 8040型］** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **その他体内金属の有無** | | □ 有　　□ 無 | | | ＊有の場合は、部位や素材・挿入年月日などをできるだけ詳しくご記入ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ） |
| **感染症** | | HBS：□ ＋　　□ － | | | |  | | | | | | | HCV：□ ＋　　□ － | | | | | | |  | | | |
| WAS：□ ＋　　□ － | | | |  | | | | | | | TPHA：□ ＋　　□ － | | | | | | |  | | | |
| * 以下は造影剤使用の場合、また放射線科一任の場合には必ずご記入ください。**クレアチニン値の記載がない場合は、造影剤を使用した検査が施行できません**。ご理解とご協力をお願いいたします。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **血清クレアチニン値** | | | |  | | | | mg/dl | | 最終測定日 | | | | | | 平成 年 月 日 | | | | | | | |
| 身長 | | | |  | | | | cm | | 体重 | | | | | |  | | | | | | Kg | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | | 診療科 |  | |
| 依頼医サイン | |  | | | 印 |