

MRI/CT検査依頼票

FAX:0466-44-9981

お電話でご予約の後
にFAXしてください。

年 月 日

診療情報提供書【MRI・CT検査紹介用】

藤沢湘南台病院

放射線科 担当医師 宛

貴院名

所在地

TEL

FAX

先生のお名前

予約日時

月 日 : ~

フリガナ

患者氏名

様

男・女

生年月日

大正
昭和
平成
令和

年 月 日 歳

住所 〒

-

電話

- -

検査内容

単純造影

造影検査を行うには、紹介元医療機関にてかかれた同意書が必要となります。

同意書が無い場合は造影検査は行えません。

腎機能低下時には造影検査は行えません。以下のチェックをお願いいたします。

■腎機能異常 (有・無) ■クレアチン()mg/dl ※3か月以内のデータ有効

種類

CTMRIMRCPCTAMRA

部位

傷病名

■問診票

	MRI		CT		各検査の○印がついている項目にお答えください
	造影	単純	造影	単純	
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-	-	過去にMRI検査を受けた事がありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-	-	閉所恐怖症はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-	-	手術などで体に金属が入っていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合(部位: 材質: 手術の時期: 年頃)
4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-	-	身体の一部でも入墨(アートメイク含む)はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-	-	妊娠の可能性はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-	-	検査に必要な情報です。体重を教えてください。(Kg)
7	<input type="radio"/>	-	<input type="radio"/>	-	過去に造影剤を使用した検査を受けた事がありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合、その時に気分が悪くなった、蕁麻疹が出るなど異常がありましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	<input type="radio"/>	-	<input type="radio"/>	-	両親、兄弟、子供に造影剤に対するアレルギーがある方はいますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9	<input type="radio"/>	-	<input type="radio"/>	-	薬などによる蕁麻疹やアレルギーなどがありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10	<input type="radio"/>	-	<input type="radio"/>	-	腎機能が悪いと言われたことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11	<input type="radio"/>	-	<input type="radio"/>	-	糖尿病の薬を服用していますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合(お薬の名前:)
12	<input type="radio"/>	-	<input type="radio"/>	-	過去にかかった事がある、または疑いがあると言われたものに印をつけてください。 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/> マクログロブリン血症 <input type="checkbox"/> 多発性骨髄腫 <input type="checkbox"/> テタニー <input type="checkbox"/> 褐色細胞腫

既往歴

薬剤アレルギー(無・ 有)症状
治療経過
検査結果

現在の処方

■患者様保険情報

保険者番号									
記号・番号									
被保険者氏名									

公費負担者番号									
受給者番号									
公費負担者番号									
受給者番号									

負担割合	<input type="checkbox"/> 3割
	<input type="checkbox"/> 1割
(割)	