

公益財団法人丹後中央病院 CT・MRI検査申込書 (紹介患者様 診療情報提供書)
 地域連携相談部宛 FAX:0772-62-2852 TEL:0772-62-7730

【御紹介元情報】 年 月 日

医療機関名・所在地 〒

診療科： 御担当医師名：
 TEL： FAX：

【患者様情報】

フリカチ 当院受診歴
 氏名 ・有 → カルテNo ()
 ・無 → 保険情報の添付又は保険情報のご記入をお願い致します。

生年月日：明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳) 男性 ・ 女性

御住所
 TEL

保険者番号 記号 番号

被保険者：本人・家族 負担割合： 割 資格取得日： 年 月 日 有効期限： 年 月 日

公費 有効期限： 年 月 日

【御希望日・検査】

〈御希望日〉 〈御都合の悪い日〉 〈患者様待機状況〉
 外来待機中 入院中 帰宅

〈単純撮影〉 〈造影撮影〉 ※造影検査問診票・同意書を必ずご持参下さい。()内もご記入下さい。
 CT MRI CT造影 MRI造影 (Dynamic Routine)

〈検査部位〉 ※具体的にご記入下さい。

頭部 ()
 頭頸部 ()
 歯科インプラント用(自費) 上顎・下顎 ()
 歯科一般撮影(保険適用) 上顎・下顎 (下記に詳細記入必須)
 頸部 ()
 胸部 ()
 心臓 冠動脈 ()
 腹部 ()
 骨盤部 ()
 脊椎 ()
 四肢 ()
 血管系 軀幹・四肢 ()

※多部位をご希望の場合は、同日に撮影はできない場合があります。

〈CT・MRI 共通患者チェックリスト〉

- ・体重 (kg)
- ・妊娠している、また可能性がある。(いいえ・はい)
- ・感染症：無・未・有 ()
- ・埋め込み型心臓ペースメーカー (無・有)
(メーカー名 型番)
- ・埋め込み型除細動器 (無・有)
(メーカー名 型番)

〈MRI患者チェックリスト〉

※1、※2「はい」の場合は()内もチェックお願い致します。

- ・体温調整機能の異常がある、また可能性がある。(いいえ・はい)
- ・閉所恐怖症、また可能性がある。(いいえ・はい)
- ・入れ墨・アートメイク等を施している。(いいえ・はい)
- ・長時間に渡る静止ができない。(いいえ・はい)
- ・鉄工所など鉄粉を浴びる可能性のある職業に就いている、また過去に就いていた。(いいえ・はい)
- ・電気電子機器※1 (移植蝸牛刺激装置・誘導性視床刺激装置・骨成長刺激装置・注入ポンプ・人工中耳・内耳等)が入っている、また可能性がある。(いいえ・はい)
- ・体内に、強磁性体物質※2 (金属片・金属粉・銃弾・脳動脈クリップ・人工耳小骨・磁力により装着する義眼・磁石部分が着脱可能な義歯・頸動脈クリップ・心臓人工弁・磁力で調整する製品・人工関節等)が入っている、また可能性がある。(いいえ・はい)
- ・ステント挿入術後8週間以内である。(いいえ・はい)
- ・ブスコパンの禁忌(MRCP時のみ) (無・有)

〈データ持ち帰り方法〉
 フィルム CD-R

〈臨床診断・経過〉
 ※御記入頂きました当書類の原本を必ず当日御持参下さい。別途診療情報提供書を御用意頂く必要はございません。

〈造影CT・MRI共通患者チェックリスト〉

- ・造影検査歴 (無・有) (副作用： 無・有)
- ・アレルギーの既往 (無・有)
(気管支喘息・蕁麻疹・食物薬剤アレルギー・花粉症・アトピー性皮膚炎)
- ・腎臓機能異常 (無・有)
 ・BUN： mg/dl ・Cre mg/dl
 ・Ccr ml/min

〈手術歴(内視鏡的手技を含む)〉
 有(詳細御記入下さい)
 無

【予約受付時間】月～金曜日(8:30～17:00)、第2・4土曜日(8:30～12:00)
 ※上記時間帯以外のお申し込みにつきましては、翌業務日以降のお返事となります。