

MRI・CT検査依頼票 兼 診療情報提供書

(紹介先医療機関名)

新久喜総合病院 放射線科担当医師

新久喜総合病院

地域医療連携室

〒346-8530 埼玉県久喜市上早見418-1

TEL. 0480-44-8240(連携室直通) FAX. 0480-26-6301(連携室直通)

貴院カルテNo		当院カルテNo			
氏名	ふりがな	男・女	依 院 頼 名		
生 月 年 日	年 月 日	才	医 師 名	(印)	
TEL					

予約日時 年 月 日 () 時 分

MRI検査依頼
 CT検査依頼
 単純のみ
 単純造影

頭 部	頸 部	胸 部	腹 部	骨盤部	整 形 部 位	
頭部ルーチン	咽喉・咽頭	肺	肝 臓	膀 胱	頸 椎	肩関節(右・左)
後頭蓋窩	甲状腺	縦 隔	胆嚢・胆道	前立腺	胸 椎	股関節(右・左)
トルコ鞍	耳下腺	心 臓	腎 臓	子宮・卵巣	腰 椎	膝関節(右・左)
眼 窩	顎下腺	乳房(右・左)	副 腎		仙 椎	足関節(右・左)
聴 神 経	M R A	造影必須	脾 臓			手関節(右・左)
副 鼻 腔		大動脈(MRA)	脾 臓			肘関節(右・左)
顎 関 節			内臓脂肪値(CT)			大腿・下腿(右・左)
上・下顎骨			MRCP(造影)			上腕・前腕(右・左)
M R A			M R A			下 肢 M R A

傷病名・紹介目的・既往歴及び家族歴・病状経過及び検査結果・備考 ※1検査1部位としてください
 治療経過・現在の処方 (詳しくご記入下さいます様、宜しく願い致します) 体重 kg

造影剤希望 無・有 ※造影剤希望有の場合は患者様に造影剤承諾書を検査当日記入して頂きます。

造影剤による過敏反応の既往	無・有	腎不全	無・有()
喘息の既往	無・有	① クレアチニン値	()
アレルギーの既往	無・有()	最終検査日(3ヶ月以内)	年 月 日
		② e-GFR値	()

糖尿病の薬を飲んでいる。 いない いる (薬名)
 *ビッグナイド系の糖尿病薬を内服している場合、検査当日と前後2日間、計5日間休薬する。(CTのみ)

※必ずご記入下さい。未記入の場合は単純検査のみとさせていただきます。 担当医師 署名
 上記患者様に対して、私が検査・処置に関する説明を行い、同意されたことを確認いたしました。

安全点検項目(検査前に厳重にチェックをお願い致します)

MRI・CT検査歴	無・有	頃	補聴器	無・有	感染症	無・有()
ペースメーカー	無・有		閉所恐怖症	無・有	妊 娠	無・有(週)
脳動脈クリップ	無・有	人工骨頭、人工関節、整形外科的金属				
人 工 弁	無・有	無・有 有の場合(セラミック・磁性体・非磁性体)				