病院提出用・貴院控用

**CT・MRI検査依頼書**（兼診療情報提供書）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 　　　年　月　日 |
| **患者氏名**（フリガナ） |  | **生年月日** | **性別** |
|  | □ T　□ S　□ H　□ R | □ 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 | 　　 年 月 日 |
| 身長 |  | cm | 体重 |  | Kg |

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