

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	
		<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 年 月 日（ 歳 ）		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
連絡先（自宅・携帯電話）			検査希望日時		
			月 日（ ） :		
検査区分	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI	造影剤の使用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム	画像の運搬方法	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> ご本人手渡し		
移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー （ADL : ）				
部位	<input type="checkbox"/> 頭部（ ）		<input type="checkbox"/> 胸部（ ）		
	<input type="checkbox"/> 頭頸部（ ）		<input type="checkbox"/> 四肢（ ）		
	脊椎： <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎（ ）		<input type="checkbox"/> その他（ ）		
	腹部： <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 胆 <input type="checkbox"/> 膵 <input type="checkbox"/> 脾 <input type="checkbox"/> 腎・泌尿器 <input type="checkbox"/> 生殖器 <input type="checkbox"/> 骨盤（ ）				
診断名					
検査目的 病歴等					
手術歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	* スtent留置術を「有」に含みます		刺青	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
ペースメーカーの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -		HCV : <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -		
	WAS : <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -		TPHA : <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -		

※ 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

ご紹介いただきまして、誠にありがとうございます。

福岡記念病院 地域医療連携室

TEL **092-821-7446** (直通) FAX **092-821-4773** (直通)

CT 検査予約 092-821-4731 MRI 検査予約 092-821-4751 [直通]

電話予約後、本紙を地域医療連携室へ FAX してください。

検査当日に受付窓口へ、本紙をご提出いただきますよう患者さんへご案内ください。