

診療情報提供書（検査依頼票）

〈記入例〉

患者様氏名	(フリガナ) アサコウ タロウ	紹介元医療機関名	〇〇クリニック
	朝厚 太郎	電話番号	048-xxxx-xxxx
生年月日/性別	1973年 12月 27日 (51歳) / M F	ご担当医師名	朝霞 花子
日中連絡のとれる電話番号	048-xxxx-xxxx		

予約日時

12月 22日 (水) 午前 10時 00分 30分前にはご来院下さい

傷病名/紹介目的（読影の指標になりますので、必ずご記入ください）

脳梗塞疑い 2日前からうまく箸を持てなくなった。

↑病名だけでもかまいません。

頭部の場合、基本的にはT1、T2、T2*、FLAIR、DWI、MRAですが、認知症診断等で Coronal や VSRAD が必要な場合は、こちらに記入してください。

(チェック) <input checked="" type="checkbox"/>	検査内容	撮影部位 <input type="checkbox"/> (チェック) <input checked="" type="checkbox"/> / 1検査1部位でお願いします。	
✓	MR I (1.5T)	頭部	<input checked="" type="checkbox"/> 頭部 ※ MRIはT1、T2、T2*、FLAIR、DWI、MRAが全てセットです。
		頸部	<input type="checkbox"/> 頸動脈 (MRA) <input type="checkbox"/> 椎骨動脈 (MRA)
		脊椎	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎 <input type="checkbox"/> 尾骨
		上肢	右・左 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手
		下肢	右・左 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 足関節
		その他	

※ 当院では、造影剤を使用したMR I の外部依頼は承っておりません。

MR I	体内金属（心臓ペースメーカー/人工内耳/脳動脈クリップ/その他） 具体的に（ ）	有・ 無	有の場合、検査を実施できない場合がございます。不明な点をご連絡ください。
	刺青（タトゥー）/増毛用パウダー（鉄粉を含む場合があるため）	有・ 無	場所により検査を実施できない場合がございます。
	カラーコンタクト	有・ 無	着用したまま検査はできませんので、容器をご持参ください。
	妊娠初期（13週以内）もしくは妊娠の可能性	有・ 無	有の場合、国際MR学会の勧告により検査はできません。

(チェック) <input checked="" type="checkbox"/>	検査内容	撮影部位 <input type="checkbox"/> (チェック) <input checked="" type="checkbox"/>	
	CT (16MDCT)	頭頸部	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 聴器 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 甲状腺
	造影剤（あり・なし）	胸部	<input type="checkbox"/> 胸部（肺野・縦隔セットです）
		腹部	<input type="checkbox"/> 腹部（上腹部～骨盤腔）
			<input type="checkbox"/> 肝（ダイナミック） <input type="checkbox"/> 脾（ダイナミック）
		その他	

【注意】

- 妊娠中または妊娠の可能性のある方の検査は実施できません。
- 造影剤使用の場合、貴院にて予め専用の同意書にて記入と署名をお願いします。
- C r 値 2.0 以上の場合や透析中の場合、造影検査を実施できません。

結果郵送方法	<input type="checkbox"/> (チェック) <input checked="" type="checkbox"/> 下の郵送方法にチェックがない場合、画像と読影結果は郵送とさせていただきます。
画像 (CD-R)	<input type="checkbox"/> 読影結果と一緒に郵送。 <input checked="" type="checkbox"/> 当日患者様にお渡し。 <input type="checkbox"/> 画像 (CD-R) はいらぬ。
読影結果	<input type="checkbox"/> 郵送 <input checked="" type="checkbox"/> FAX (☎ 000-000-0000)

この用紙を下記番号へ FAX していただくか、複写して患者様にご持参いただくようお願いします。

朝霞厚生病院 FAX 048-473-5440