|  |  |
| --- | --- |
| 紹介元医療機関名 |  |
| 電話番号 |  |
| ご担当医師名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 患者様氏名 | （フリガナ） |
|  |
| 生年月日/性別 | 年　 月　 日（　 歳）/　M・F  |
| 日中連絡のとれる電話番号 |  |

診療情報提供書（検査依頼票）

|  |
| --- |
| 予 約 日 時 |
|  　月　　日 （　　） | 午前午後 | 時　　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） |
|  　　　  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| （チェック）✓ | 検査内容 |
|  | ＭＲＩ（1.5Ｔ） |

|  |
| --- |
| 撮影部位　□（チェック）✓　/　**１検査１部位でお願いします。** |
| 頭部 | □頭部　※ ＭＲＩはＴ１、Ｔ２、Ｔ2\*、ＦＬＡＩＲ、ＤＷＩ、ＭＲＡが全てセットです。 |
| 頸部 | □頸動脈（ＭＲＡ）　□椎骨動脈（ＭＲＡ） |
| 脊椎 | □頸椎　□胸椎　□腰椎　□仙椎　□尾骨 |
| 上肢 | 右・左 | □肩　□肘　□手関節　□手 |
| 下肢 | 右・左 | □股関節　□膝　□足関節 |
| その他 |  |

※ 当院では、造影剤を使用したＭＲＩ

の外部依頼は承っておりません。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ＭＲＩ | 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。不明な点はご連絡ください。 |
| 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）✓ | 検査内容 |
|  | ＣＴ（16ＭＤＣＴ） |
|  | 造影剤（あり・なし） |

|  |
| --- |
| 撮影部位　□（チェック）✓ |
| 頭頸部 | □頭部　□副鼻腔　□聴器　□頸椎　□甲状腺 |
| 胸部 | □胸部（肺野・縦隔セットです） |
| 腹部 | □腹部（上腹部～骨盤腔） |
| □肝（ダイナミック）　□膵（ダイナミック） |
| その他 |  |

【注意】

・妊娠中または妊娠の可能性が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。

・Ｃｒ値2.0以上の場合や透析中の方は、造影検査を実施できません。

【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。

・Ｃｒ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 | □（チェック）✓　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） | □ 読影結果と一緒に郵送。　□ 当日患者様にお渡し。　□ 画像（ＣＤ－Ｒ）はいらない。 |
| 読影結果 | □ 郵送　□ ＦＡＸ（☎　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |



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にお願いします。

朝霞厚生病院 FAX 048-473-5440

048-473-5005　㈹