

MRI/CT検査依頼票



FAX: 0466-44-9981

お電話でご予約の後
にFAXしてください。

年 月 日

診療情報提供書【MRI・CT検査紹介用】

藤沢湘南台病院

放射線科 担当医師 宛

貴院名
所在地
TEL
FAX
先生のお名前

予約日時	月 日 : ~
------	---------

フリガナ 患者氏名	様	男・女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	歳
住所 〒	-			電話	- -	

検査内容	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 造影	造影検査を行うには、紹介元医療機関にてかかれた同意書が必要となります。同意書が無い場合は造影検査は行えません。腎機能低下時には造影検査は行えません。以下のチェックをお願いいたします。 ■腎機能異常 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) ■クレアチン()mg/dl ※3か月以内のデータ有効				
	種類	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> CTA	<input type="checkbox"/> MRA	
	部位						
	傷病名						

■問診票

	MRI		CT		各検査の○印がついている項目にお答えください
	造影	単純	造影	単純	
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	過去にMRI検査を受けた事がありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	閉所恐怖症はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	手術などで体に金属が入っていますか？ 「はい」の場合(部位: 材質: 手術の時期: 年頃)
4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	身体の一部でも入墨(アートメイク含む)はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	妊娠の可能性はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	検査に必要な情報です。体重を教えてください。(Kg)
7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	過去に造影剤を使用した検査を受けた事がありますか？ 「はい」の場合、その時に気分が悪くなった、蕁麻疹が出るなど異常がありましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	両親、兄弟、子供に造影剤に対するアレルギーがある方はいますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	薬などによる蕁麻疹やアレルギーなどがありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	腎機能が悪いと言われたことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	糖尿病の薬を服用していますか？ 「はい」の場合(お薬の名前:)
12	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	過去にかかった事がある、または疑いがあると言われたものに印をつけてください。 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/> マクログロブリン血症 <input type="checkbox"/> 多発性骨髄腫 <input type="checkbox"/> テタニー <input type="checkbox"/> 褐色細胞腫

既往歴	薬剤アレルギー(<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有)
症状 治療経過 検査結果	
現在の処方	

■患者様保険情報

保険者番号	
記号・番号	
被保険者氏名	

公費負担者番号	
受給者番号	
公費負担者番号	
受給者番号	

負担割合	<input type="checkbox"/> 3割
	<input type="checkbox"/> 1割
(割)	