

MRI/CT検査依頼書

(診療情報提供書)

医療法人 興生会 吉本整形外科・外科病院

TEL:0745-69-5353 (病院代表)

TEL:0745-69-5372 (放射線科直通)

FAX:0745-69-5352

施設様固有の診療情報提供書や、紹介状を使用いただいても問題はありません。なければこの用紙をご使用ください。また、用紙は吉本整形外科病院ホームページの放射線科タブよりダウンロード可能です。

| | |
|--------------------|-----------------|
| 予約日 | 令和 年 月 日 時 分 |
| フリガナ | 医療機関 主治医 |
| 氏名 | |
| 生年月日 T・S・H・R 年 月 日 | TEL: () - () |
| 連絡先 | FAX: () - () |

静注にて造影剤を使用しますか？ 使用しない 使用する (造影剤使用同意書の記入を、此方で検査前に行います)

| 検査部位 (CT検査では () 内は不要です) | 要確認事項 |
|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 頭部 (脳+MRA・頸部MRA・下垂体・脳幹部・小脳橋角部) | *心臓ペースメーカー・人工内耳・神経伝達装置 |
| <input type="checkbox"/> 顔面 (眼窩・副鼻腔・耳骨) | *MRI対応ペースメーカーも不可 (あり・なし) |
| <input type="checkbox"/> 頸部 (頸部・耳下腺・顎下腺・MRA+プラークイメージ) | *上記ほか、体内留置金属または医療器具 |
| <input type="checkbox"/> 胸部 (肺野縦隔) | () |
| <input type="checkbox"/> 腹部 (肝臓・胆のう・膵臓・腎臓・脾臓・MRCP) EOBは不可 | *閉所恐怖症 (あり・なし) |
| <input type="checkbox"/> 骨盤腔 (前立腺・子宮卵巣・結腸・直腸) | *妊娠中または妊娠の可能性 (あり・なし) |
| <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・仙尾骨・全脊椎) <input type="checkbox"/> 矢状断のみ | 以下、造影剤を使用する場合、記入をお願いします |
| <input type="checkbox"/> 上肢 (右・左) (肩・上腕・肘・前腕・手首・手・母指・手指) | eGFR ml/min/1.73m ² |
| <input type="checkbox"/> 下肢 (右・左) (股関節・大腿・膝・下腿・足首・アキレス腱・足・足趾) | 又は、クレアチニン(CRE)値 mg/dl |
| <input type="checkbox"/> その他 | |

【検査目的】

【備考】