

診療情報提供書 兼 CT・MRI 申込書

検査申込日 年 月 日 伊万里有田共立病院用

- ①単純検査の場合・・・こちらの申込書にて放射線科 FAX 0955-41-2630、又は電話予約 0955-46-2121(内線1145)
 ②造影検査の場合・・・別紙[診療情報提供書]を地域医療連携室へ FAX 0955-46-2160 をお願いします。
 診療各科にご紹介の後に、造影検査を施行いたします。その際、放射線科への予約は不要です。

検査決定日時		検査の希望日		医療機関名	
平成 年 月 日	第一希望 月 日() 時	第二希望 月 日() 時	都合が悪い日 月 日()	所在地	
午前・午後				TEL/FAX	
時 分				医師名	印
フリガナ		明・大・昭・平	男・女	保険者番号	
患者氏名	生年月日	(才)		被保険者証 記号・番号	
住所	電話番号	連絡のつきやすいもの 自宅・携帯・職場		被保険者との続柄	本人・家族
				公費負担番号	
紹介目的				公費負担医療の 受給者番号	
臨床診断・検査 の主眼点				負担割合	割
既往歴及び 現在の処方					

検査種別	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/>	身長	cm	体重	kg
------	-----------------------------	------------------------------	--------------------------	----	----	----	----

撮影方法	<input type="checkbox"/> 単純のみ(脳MRA、頸部MRAは単純撮影です。造影剤は使用しません。)
------	--

撮影部位	CT	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 上下腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 四肢
	MR	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 脳 + MRA <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸部 MRA <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 内耳 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 腎・副腎 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙尾骨 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 大腿骨 <input type="checkbox"/> 下腿骨 関節:(右・左) <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> その他()

患者情報	<input checked="" type="checkbox"/> 患者状態 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来通院中 <input checked="" type="checkbox"/> 移動手段 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> その他() <input checked="" type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [HB・HCV・HIV・MRSA・Tb・()] <input type="checkbox"/> 不明
------	---

CT・MR共通確認事項	<input checked="" type="checkbox"/> 心臓ペースメーカーや体内除細動器 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
-------------	---

MR確認事項	体内金属	<input checked="" type="checkbox"/> 心臓ペースメーカーやMR禁忌の体内埋込機器 <input type="checkbox"/> 無 (確認がなければ検査施行できません) <input checked="" type="checkbox"/> 脳動脈瘤クリップや、その他の血管クリップ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 金属の部位 [] <input checked="" type="checkbox"/> 外科・整形外科的術後金属 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 有りの場合、MR検査可能である事の確認をお願い致します。 <input checked="" type="checkbox"/> その他の留置物(心臓人工弁、ステント、コイル) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		<input checked="" type="checkbox"/> 刺青やアートメイク <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(変色や火傷の可能性がありますので、患者様の同意を得て下さい。) <input checked="" type="checkbox"/> 仰臥位での1時間の安静 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input checked="" type="checkbox"/> 閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

検査結果	<input checked="" type="checkbox"/> 画像 <input type="checkbox"/> CD-R (DICOM) <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 読影 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 ※読影結果は翌日にはFAXさせていただきます。
------	---