

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

- 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	
年 月 日		第一希望	月 日 ( ) 時	所在地	
午前・午後		第二希望	月 日 ( ) 時	TEL/FAX	
時 分		都合が悪い日	月 日 ( )	医師名 印	
フリガナ		生年	年	男・女	保険者番号
患者氏名		月 日	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		被保険者との続柄
					本人・家族
紹介目的					公費負担番号
臨床診断・検査 の主眼点					公費負担医療の 受給者番号
既往歴及び 現在の処方					負担割合

検査種別  CT  MRI ※単純検査のみ承ります 身長 cm 体重 kg

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"/> 骨盤腔	<input type="checkbox"/> 脊椎	<input type="checkbox"/> 四肢
	MR	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 骨盤腔	
		<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> 四肢 ( ) ( 右・左 )		
		<input type="checkbox"/> その他 ( ) ※複数部位の場合は撮影日を分けてご予約を承る場合があります						

患者情報

◆体内金属 (有・無) 金属の部位 [ ]

◆感染症 (有・無) ※「有」は詳細記入 ( ) ◆妊娠の可能性 (有・無)

◆患者状態 (入院中・外来通院中) ◆移動手段 ( 歩行・車イス・ストレッチャー )

MR確認事項

体内金属

◆心臓ペースメーカーやMR禁忌の体内機器 (有・無) ※有りの場合検査施行できません

◆脳動脈瘤クリップや、その他の血管クリップ (有・無)

◆体内留置物(心臓人工弁、ステント、コイル) (有・無)

◆外科・整形外科的術後金属 (有・無)

◆磁気インプラント・可動式義眼 (有・無)

◆シャントバルブ (有・無) ※「有」は検査後の確認調整のため脳外科の受診をお願いします。

有りの場合、MRI検査可能である事の確認をお願いします

確認済

◆刺青やアートメイク (有・無) ※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ください。

◆仰臥位での30分の安静 (可・不可) ◆閉所恐怖症 (有・無) ※内服薬はご持参ください。

※ 濃いメイク・ヘアファンデーションは安全のため落としていただく場合があります。お控え下さい。

※ コンタクトレンズは検査部位に関係なく外していただきます。ケース等をお持ち下さい。

検査結果

◆画像 【 CD-R (DICOM) ・ フィルム ・ 不要 】

◆読影 ( 要 ・ 不要 ) ※読影結果は翌日にはFAXさせていただきます。