

# 診療情報提供書(画像診断検査依頼書)

送付用

メディカルシティ東部病院

[貴医療機関情報]

記載日: 年 月 日

画像診断センター

担当先生御机下

名称

診療科・主治医名

電話番号・FAX 番号

## ■患者基本情報

フリガナ	フリガナは必ず記載をお願いします。	生年月日	明・大・昭・平
氏名	男・女	年 月 日 生	
住所		電話番号	

## ■検査目的(出来るだけ詳細に) 検査予定日 平成 年 月 日 時 分

【 検査依頼のみ・検査後診察を希望 】

造影 (有・無・一任)	尚、単純のご依頼でも、検査目的から造影が必要と判断した場合は、造影検査を行います。その際に発生する副作用等については当院で責任を持って対処いたします。
----------------	---

※造影一任の場合も造影剤使用同意書への記載をお願いします。

## ■検査部位 希望の項目を一つだけ○で囲んでください。

C T	頭部 頸部 胸部 腹部 骨盤部	※頸部では、歯の治療などで取り外しのできない金属があると、きれいに映らない場合があります。 ※腹部、骨盤部において、検査予定日から遡って1週間以内にバリウム検査を受けている場合は、検査できない場合があります。
	血管(冠動脈 肺動脈+深部静脈 その他血管( ))	
	上肢( ) 下肢( ) その他( ) 撮影部位は一任	
M R I	頭部(脳 眼窩 下垂体 アルツハイマー診断)	頸部(耳下腺 顎下腺 甲状腺)
	胸部 腹部(肝臓 腎臓 膵臓 MRCP)	骨盤部(直腸 前立腺 子宮 卵巣)
	椎体(頸椎 胸椎 腰椎)	軟部腫瘍(部位)
	上肢(肩関節 肘関節 手関節) 下肢(股関節 膝関節 足関節)	その他( )
骨密度測定		撮影部位は一任

## ■患者診療情報

既往歴	現在の処方
ペースメーカー(有・無) 体重 Kg	ビグアナイド系糖尿病薬を服用されている方で、造影CTを希望される場合は、検査当日、及び、検査後48時間は服用を中止させてください。
アレルギー	アレルギーの種類【飲み薬・注射・食べ物・その他( )】 □品名 □症状
造影剤副作用	有・無
腎機能	検査日: 年 月 日 (クレアチニン: , eGFR: )
eGFR<30の場合は原則造影不可となります。また、過去3か月以内の血液データでない場合は、当院で血液検査を行い、その結果後造影CTとなります。その際は、血液検査の結果が出るまでの約45分お待ちいただくことになります。ご了承ください。	

読影結果が分かり次第、速やかなFAXでの報告を(希望する・希望しない)

# 《 CT 検査問診票：院外依頼用 》

メディカルシティ東部病院にて

検査日 平成 年 月 日 時 分 から

患者氏名 \_\_\_\_\_

この問診票は、来院時受付にお渡しください。

CT 検査を安全に行えますよう、問診票記入にご協力をお願い致します。

- 1) 体内に、心臓ペースメーカー、もしくは、植え込み型除細動器が入っている。・・・はい・いいえ
- 2) 取り外しのできる入れ歯・インプラントがある。・・・はい・いいえ
- 3) 過去1週間以内に、バリウムを用いた胃や大腸の検査を受けたことがある。・・・はい・いいえ
- 4) その他（お尋ねになりたいことがあればご記入ください）

〔 \_\_\_\_\_ 〕

女性の方へ

- 5) 現在、妊娠中である。・・・はい（ 週目）・いいえ
- 6) 最終月経について・・・（ 月 日～ 日間）：閉経（ 歳）

■ 以下の項目は造影 CT をされる方のみお答えください。 ■

- 1) 現在、下記の病気で、通院、または、治療中である。
  - ①心臓病・・・はい（具体的に：狭心症、心筋梗塞、不整脈、その他 \_\_\_\_\_）・いいえ
  - ②気管支喘息・・・はい（現在治療中・治癒・小児喘息 \_\_\_\_\_）・いいえ
  - ③糖尿病・・・はい（内服中：治療薬名 \_\_\_\_\_ ・インスリン使用中）・いいえ
  - ④腎臓病・・・はい（腎不全・透析中・その他 \_\_\_\_\_）・いいえ
  - ⑤その他・・・（具体的に： \_\_\_\_\_）
- 2) アレルギーがある。・・・はい・いいえ
  - 2-1) アレルギーありの場合、どのようなアレルギーですか。  
喘息・蕁麻疹・アレルギー性皮膚炎・花粉症・アレルギー性鼻炎・その他（ \_\_\_\_\_ ）
- 3) 造影剤検査を受けたことがある・・・はい（CT・MRI・尿路造影・血管造影）・いいえ
  - 3-1) 造影検査中、または、造影検査後に体調不良を生じたことがある。  
・・・はい（蕁麻疹・嘔気・嘔吐・血圧低下・その他 \_\_\_\_\_）・いいえ
- 4) 甲状腺機能亢進症がある。・・・はい・いいえ
  - 4-1) 甲状腺機能亢進症がある方で、治療を行っている。・・・はい・いいえ  
※いいえの場合、甲状腺中毒症などの重篤な代謝機能障害をきたすおそれがあります。
- 5) 抗がん剤治療の1つであるインターロイキン2療法を行っている。・・・はい・いいえ  
※はいの場合、遅発性副作用が起こることがあります。

女性の方へ

- 6) 現在、授乳中である。・・・はい・いいえ

メディカルシティ東部病院 画像診断センター 電話 0986-22-2240