

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 ・ MRI 造影剤使用同意書(院外依頼用)

検査日： 年 月 日

メディカルシティ東部病院 病院長 あて

私は、検査に際し造影剤を使用することについて、担当医師から別紙の造影検査説明を受け、造影剤の必要性や副作用に十分理解した上で、これを投与されることに

(同意します / 同意しません)

※同意された場合でも撤回する事ができます。

平成 年 月 日

患者氏名_____

代理人氏名_____ (続柄) _____

説明医_____