

# 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)

# 《MRI 検査問診票》

メディカルシティ東部病院にて

検査日 平成 年 月 日 時 分 ~

患者氏名 \_\_\_\_\_

この問診票は、来院時受付にお渡しください。

MRI 検査を安全に行えますよう、以下の問診票記入にご記入下さい。

- 1) 今までに MRI 検査を受けたことがある。・・・はい (いつ頃: 、部位 )・いいえ
- 2) 体内に以下に該当する金属性装置等が体内に入っている。・・・はい・いいえ  
該当するものがあれば○で囲んでください。

- ・心臓ペースメーカー、 ・植込み型除細動器、 ・金属製の人工心臓弁、 ・脳動脈瘤クリップ、
- ・人工内耳、 ・金属性義眼、 ・人工関節や人工骨頭、 ・金属製のプレート ・血管内金属ステント
- ・事故やけが等による金属片や異物、 ・神経刺激装置、 ・骨成長刺激装置、
- ・その他 ( )

- 3) 2) で該当するものがあつた方で、その手術日や受傷した日はいつですか？

M・T・S・H 年 月 日

- 9) 閉所恐怖症がある。・・・はい・いいえ
- 10) 磁石や金属製のブリッジで装着する入れ歯を使用している。・・・はい・いいえ
- 11) いれずみ、(タトゥー・眉・ネイルアートなど) がある。・・・はい・いいえ
- 12) 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

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

以下の項目は造影 MRI 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腎臓病・・・はい(腎不全)・透析中・その他 )・いいえ
  - ④その他・・・(具体的に: )
- 2) アレルギーがある。・・・はい・いいえ
  - 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 ( )
  - ②そのアレルギーに対して治療をされましたか?・・・はい・いいえ
- 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
  - 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

女性の方へ

- 4) 現在、授乳中である。・・・はい・いいえ

## 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\_\_\_\_\_