九州鉄道記念病院　放射線科　検査申込書

（院外施設用）

ご予約をされたら本書と診療情報提供書のFAXをよろしくお願いします。　　FAX０９３-３８２-５６７６（医療連携室 専用）

患者情報

|  |  |
| --- | --- |
| C T ・ M R | 年　　　　　　　月　　　　 　日　　　 　 時　　 　　分 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年 月日 | M ・　T　・　S　・　H　・　R |
| 氏名 | M ・ F ・ 他 | 年　　 　　月　　 　　日（　 　　　歳）  （診療情報提供書に記載ある場合は省略可） |

紹介元医療機関

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名 | （診療情報提供書に記載ある場合は省略可） | 依頼　　　　医師名 |  |

放射線科検査 検査部位を○で囲んでください。　 MRは□のチェックをお願いします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **C T** | 頭部　・　頸部　・　胸部　・　腹部　-　骨盤　・　心臓　・　大腸CTC  四肢骨 （　　　 　 　　　　 ）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　） ＊ 大腸CTC検査は、検査前に一度御来院いただく必要があります。 | | 単純 ・ 造影 |
| **M R** | 脳/MRA　・　頸部　・ 腹部　・　MRCP　・　頸椎　・ 胸椎　・　腰椎　・　股関節　・　膝関節  足関節 ・ 足　・　肩関節　・　肘関節　・手関節　・　手　　　　右側 左側  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 ）   * MRCPは検査予約時間前　８時間　絶飲食でご来院ください。 | | 単純 ・ 造影 |
| チェック  リスト | **禁忌** ： **ペースメーカー ・ 人工内耳 ・ 深部脳刺激療法 ・ 妊娠中の方** ： **MR検査不可です**  心臓人工弁　有□　無□ ・ 脳動脈瘤クリップ　有□　無□ ・ 血管ステント　有□　無□  人工関節　　有□　無□ ・ 刺青　有□　無□　・　カラーコンタクト　有□　無□  経皮パッチ　有□　無□　・ 閉所恐怖症　有□　無□　・ 妊娠　無□  手術歴　 有□ 無□（　手術部位　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  備考 | |

CT・MRの造影検査は同意書の取得・FAXをお願いします。　＊造影検査は直前の食事を取らずにご来院下さい。

身長 　 cm 体重　　　　　　　kg eGFR 　 ＊eGFRが３０未満の方は造影検査ができません。  
＊経過や検査部位等の詳細指示は、診療情報提供書に記載されるか、予約時にご指示ください。

九鉄記念　中放　様式（１）