

九州鉄道記念病院 放射線検査申込書

(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 をよろしくお願ひします。 FAX 0 9 3 - 3 8 2 - 5 6 7 6 (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	T ・ S ・ H ・ R
氏名	M ・ F ・ 他		(診療情報提供書に記載ある場合は省略可)
			年 月 日 (歳)

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	単純 ・ 造影
	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。	
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	単純 ・ 造影
	その他 () * MRCP は検査予約時間前 <u>8時間</u> 絶飲食でご来院ください。	
	禁忌 : <u>ペースメーカー ・ 人工内耳 ・ 深部脳刺激療法 ・ 妊娠中の方</u> : 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 をお願ひします。 * 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 3 0 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。