

九州鉄道記念病院 MR I 検査申込書

(フリガナ)		性別	検査日時
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日 時 分より <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後

生年月日	依頼元施設名	依頼医師名
<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日 才		

検査種類	<input type="checkbox"/> 単純のみ <input type="checkbox"/> 単純+造影 <input type="checkbox"/> 造影のみ ※造影剤使用には同意書が必要です		
------	--	--	--

《検査部位》

頭部	脊椎	上肢	下肢	頸・胸部	腹部・骨盤	血管
脳+脳血管 <input type="checkbox"/>	頸椎 <input type="checkbox"/>	肩 <input type="checkbox"/>	股関節 <input type="checkbox"/>	頸部 <input type="checkbox"/>	肝臓 (EOB) <input type="checkbox"/>	総頸動脈 <input type="checkbox"/>
脳+内耳 <input type="checkbox"/>	胸椎 <input type="checkbox"/>	肘 <input type="checkbox"/>	膝 <input type="checkbox"/>	乳房 <input type="checkbox"/>	MRCP <input type="checkbox"/>	胸部大動脈 <input type="checkbox"/>
眼窩 <input type="checkbox"/>	腰椎 <input type="checkbox"/>	手関節 <input type="checkbox"/>	足関節 <input type="checkbox"/>	心臓 <input type="checkbox"/>	肝・胆・膵 <input type="checkbox"/>	腹部大動脈 <input type="checkbox"/>
VSRAD <input type="checkbox"/>		手 <input type="checkbox"/>	足 <input type="checkbox"/>		子宮・卵巣 <input type="checkbox"/>	下肢動脈 <input type="checkbox"/>
上記部位・項目以外						

<p>臨床診断</p> <hr/> <p>病歴・検査目的 (ルーチン検査以外の部位・断面等詳細は図示してください)</p>	<p>チェックリスト(必須)</p>
	<p>禁忌項目</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ・心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 無 ・人工内耳、埋め込み式電磁補聴器 <input type="checkbox"/> 無 ・深部脳刺激療法 (DBS) <input type="checkbox"/> 無 <p>※上記の項目で有の方は検査できません。</p>
	<p>確認項目</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ・心臓人工弁 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・動脈瘤用クリップ、ステント <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (留置時期:) ・人工骨頭、関節 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・刺青 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・カラーコンタクト <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・経皮パッチ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (ニトロダームTTS、ニコチネルTTS) ・妊娠 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・閉所 <input type="checkbox"/> 可 ・30分間の安静 <input type="checkbox"/> 可 ・手術歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()

造影検査チェックシート

①同意書 <input type="checkbox"/>	③血清クレアチニン値 mg/dl	④身長 cm
②絶食 <input type="checkbox"/>	※eGFRが30未満の場合は造影できません	⑤体重 kg

送付先:FAX 093-381-1077(連携室専用)