検査依頼書（診療情報提供書）

済生会千里病院

TEL　06-6871-0121

FAX　06-6871-5915

（　放射線検査　）

依頼日　　年　　月　　日

患者氏名	ふりがな	性別	男・女＊	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成　年　月　日（　歳）
		＊妊娠中またはその可能性（ 有 ・ 無 ）			
住所		電話			

ご紹介医療機関名	ご紹介医師名	ご紹介医療機関TEL・FAX

【診断名】（検査に関連した病名をご記入下さい。疑い病名でも結構です）

【主訴　現病歴　検査目的】

検査名:　　検査予約日　年　月　日（　）　時　分

検査名:　　検査予約日　年　月　日（　）　時　分

放射線科

CT

□フィルム希望　□CD－R希望

ペースメーカー　□有　□無　ペースメーカーの安全が確認できない場合、本体部分が入る範囲への照射は行いません

ヨード造影剤を（□使用しない　□使用する（Cr値:　　）検査日の3ヶ月以内のデータを記入して下さい）

＊造影剤を使用する場合、同意書が必要です

＊ヨード系造影剤を使用する場合、ビグアナイド系経口糖尿病薬は検査当日および検査終了後48時間中止して下さい

部位

□頭頸部（全脳、眼窩、副鼻腔、その他

□躯幹部（胸部、上腹部、骨盤腔、その他　　）　□その他（

MRI

MRI検査は1検査1項目（部位）に限定。（＊MRAやMRCP施行時、造影剤の併用不可）

□フィルム希望　□CD－R希望

造影剤を（□使用しない　□使用する（Cr値:　　）検査日の3ヶ月以内のデータを記入して下さい）

＊造影剤使用の有無に関わらず、MRI専用の同意書が必要です

閉所恐怖症（ 無 ・ 有 ）＊有の場合は検査出来ません

部位

□全脳（　　）　□全脳＋MRA　□眼窩　□副鼻腔　□顔面・頸部（　　）

□胸部（　　）　□上腹部（　　）　□MRCP　□骨盤腔（　　）

□頚椎　□腰椎　□脊椎（　　）　□四肢・関節（　　）　□その他（

造影検査

消化管造影：鎮痙剤（ブスコパン）の投与（ 可・禁忌 ）　□上部消化管造影　□注腸×線検査

□排泄性尿路造影（Ｃｒ値：　　）検査日の３ヶ月以内のデータを記入して下さい

＊ヨード系造影剤に関する同意書が必要です

RI

□※Ｔc心筋ｼﾝﾁｸﾞﾗﾑ（運動負荷　ＡＴＰ負荷）　□骨ｼﾝﾁｸﾞﾗﾑ　□その他（　　）

その他

□骨密度測定（□腰椎のみ　□腰椎＋大腿骨頚部）　□マンモグラフィー　□一般撮影（　　）

＊1枚目はＦａｘ送信用兼検査依頼医療機関保管用、2枚目と3枚目を患者さんにお渡し下さい。

2018/08　改訂