## CT·MRI 検査 依頼伝票(FAX)

		Г	●貴施設		
日本鋼管福	山病院		ご施設名		
地域連携	<del>-</del> ···		住 所		
	<b>-945-3699</b>		医師氏名(診療科)		
	-945-3091	- I	電話番号(		
FAX受付時	間:月~土曜日 8時45分~17時00分		FAX 番 号(	)	
●患者基本情報(	必ずフリガナをご記入下さい)				
フリガナ			性別		· 女
患者氏名		旧姓(	生年月日	日 明・大年	・ 昭 ・ 平 ・ 令 月 日( 歳)
現住所	Ŧ				
連絡先 ※	(自宅 ( ) - ( ) - (	)	※携帯番	号( ) - (	) - ( )
当院の受診	歴 無・ 不詳・ 有	→ t.	リルテ番号		
患者様の状況	□ 外来で返事を待っている □	帰宅済み	□ 入院中	□ その他	(
今回の受診	は・・・・交通事故・労災・どちらでも	ない	当院受診時の状	況 ・・・ 外来通院	中 ・ 入院中(または入所中)
	態・・・・ 歩行可 ・ 車イス ・ ストレッチャ 画像データの提供は、「CDーRメディア」です。)	· <b>_</b>	体重 …	kg	
ПСТ			Пмп		
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		単純	単純+造影	
_	<u>──スメーカー</u> (ありの場合は機種名を訂	<b>.</b> .入)	_	ーカー使用者の検	香は不可
		無			<del></del>
患者状態		%ı ±+	患者状態		が、チェック必須
	*必ず全項目の記入をお願い			* \$25.5	デ全項目の記入をお願い致します。 
 妊娠	*必ず全項目の記入をお願い	無□	妊娠 有	無 喘息	プ全項目の配入をお願い致します。 有 無 無
 妊娠 アレルギー	*必ず全項目の配入をお願い3         有       無       喘息       有         有       無       糖尿病内服薬       有		妊娠 有 7 アレルギー 有 7 T T T T T T T T T T T T T T T T T T	*必3 無 喘息 無 造影剤	<b>『全項目の記入をお願い致します。</b> 有 無 無 アレルギー 有 無 無
 妊娠	*必ず全項目の記入をお願い	#	妊娠 有	*必3 無 喘息 無 造影剤 ) eGFR	<b>『全項目の記入をお願い致します。</b> 有 無 無 アレルギー 有 無 無
 妊娠 アレルギー	*必ず全項目の配入をお願い3       有     無     端息     有       有     無     糖尿病内服薬     有       )     造影剤アレルギー     有	# # min/1.73 m²	妊娠 有 7 アレルギー 有 7 T T T T T T T T T T T T T T T T T T	*必3 無 端息 造影剤 ) eGFR	<b>『全項目の記入をお願い致します。</b> 有 無 無 アレルギー 有 無 ml/min/1.73 ㎡
妊娠 アレルギー (	*必ず全項目の配入をお願い。  有 無 端息 有	# # min/1.73 m²	妊娠 有 7 アレルギー 有 (	*必3 無 端息 造影剤 ) eGFR	「全項目の記入をお願い致します。 有 無 無 アレルギー 有 無 無 ml/min/1.73 ㎡ を
 妊娠 アレルギー	*必ず全項目の配入をお願い。  有 無 端息 有 結果	# # min/1.73 m²	妊娠 有 7 アレルギー 有 7 T T T T T T T T T T T T T T T T T T	*必3 無 端息 造影剤 ) eGFR	「全項目の記入をお願い致します。 有 無 無 アレルギー 有 無 無 ml/min/1.73 ㎡ を
妊娠 アレルギー ( 部位(横断 」 頭部	*必ず全項目の配入をお願い。  有 無 端息 有 端胞 有 無 糖尿病内服薬 有 は影剤アレルギー 有 eGFR ml/( <b>検査日 年 は</b> 注:3ヶ月以内有効 f)	無	妊娠 有 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7	# 必 % 端息 端息 造影剤 (	「全項目の記入をお願い致します。   有
妊娠 アレルギー ( 部位(横断	*必ず全項目の配入をお願い。 有 無 端息 有 病 無 糖尿病内服薬 有 きいん	無	妊娠 有 アレルギー 有 (	*必3 無 端息 無 造影剤 ) eGFR [ 核 注	「全項目の記入をお願い致します。 有 無 無 アレルギー 有 無 無 ml/min/1.73 ㎡ <b>査日 年 月 日</b> 〕 注:3ヶ月以内有効
妊娠アレルギー (	*必ず全項目の配入をお願い。 有 無 端息 有 病 無 糖尿病内服薬 有 きいん	無	妊娠 有 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7	*必3 無 端息 無 造影剤 ) eGFR [ 核 注	「全項目の記入をお願い致します。
妊娠アレルギー (	*必ず全項目の配入をお願い。 有 無 端息 有 病 無 糖尿病内服薬 有 きいん	無	妊娠 有 7 アレルギー 有 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) (	*必3 無 端息 造影剤 ( ) eGFR ( ) 核 ( ) 数	「全項目の記入をお願い致します。   有
妊娠 アレルギー ( 部位(横断   肝胆膵   その他	*必ず全項目の配入をお願い。 有 無 端息 有 病 無 糖尿病内服薬 有 きいん	無	妊娠 有 7 アレルギー 有 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) (	*必3 無 端息 造影剤 ( ) eGFR ( ) 核 ( ) 数	**F全項目の記入をお願い致します。
妊娠 アレルギー ( 部位(横断   肝胆膵   その他	*必ず全項目の配入をお願い。 有 無 無 端原病内服薬 有 無 糖尿病内服薬 有 き影剤アレルギー 有 きの を	無	妊娠 有 7 アレルギー 有 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) (	*必3 無 端息 造影剤 ( ) eGFR ( ) 核 ( ) 数	**F全項目の記入をお願い致します。
妊娠 アレルギー ( 一部 回頭 肝胆 を で で で で で で で で で で で で で で で で で で	*必ず全項目の配入をお願い。  有 無 無 端原病内服薬 有 語形成病内服薬 有 音	無	妊娠 有 7 アレルギー 有 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) (	*必3 無 無 端息 造影剤 eGFR を を を を を を を を を を を を を を を を を を を	F全項目の記入をお願い致します。
妊娠 アレルギー ( 一部 回 所 の他 <b>検査希望日時</b> ( 1) 3 <b>資査目的・依頼</b>	*必ず全項目の配入をお願い。  有 無 無 端原病内服薬 有 語版系病内服薬 有 語影剤アレルギー 有 語影剤アレルギー 有 語 注:3ヶ月以内有効 語 語 語 語 語 語 語 語 語 語 語 語 語 語 語 語 語 語 語	無	妊娠 有 7 アレルギー 有 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) (	* <b>2</b>	F全項目の記入をお願い致します。
サップ (	*必ず全項目の配入をお願い。  有 無 無 端原病内服薬 有 語形病内服薬 有 語影剤アレルギー 有 音 接査日 年	無	妊娠 有 7 アレルギー 有 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) (	* <b>2</b>	F全項目の記入をお願い致します。
サップ (	*必ず全項目の配入をお願い。  有 無 無 端原病内服薬 有 語版系病内服薬 有 語影剤アレルギー 有 語影剤アレルギー 有 語 注:3ヶ月以内有効 語 語 語 語 語 語 語 語 語 語 語 語 語 語 語 語 語 語 語	無	妊娠 有 7 アレルギー 有 ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) (	* <b>2</b>	F全項目の記入をお願い致します。

当日は必ず診療情報提供書をご持参のうえでご来院ください。

検査画像データが入ったCD-Rは検査当日患者様へお渡しいたします。読影結果は、後日貴施設へ郵送いたします。

喘息の方、造影剤アレルギーのある方、腎機能が低い方(eGFR 45未満)は、造影検査は実施できません。