CT・MRI 検査　依頼伝票（FAX）

年　　月　　日

日本鋼管福山病院
地域連携室　行
FAX　084－945－3699
TEL　084－945－3091
FAX受付時間：月～土曜日　8時45分～17時00分

●貴施設
ご施設名
住　所
医師氏名（診療科）
電 話 番 号（　　）　　－
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	男　・　女
患者氏名	旧姓（　　）	生年月日	明　・　大　・　昭　・　平　・　令 年　　月　　日（　　歳）
現住所	〒		
連絡先	※自宅（　　）－（　　）－（　　）　　※携帯番号（　　）－（　　）－（　　）		
当院の受診歴	無　・　不詳　・　有　　→　　カルテ番号　　－　　－		
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）	
来院時の状態 ・・・ 歩行可 ・ 車イス ・ ストレッチャー		体重 ・・・　　kg	

●依頼内容（検査画像データの提供は、「CD―Rメディア」です。）

□CT
□単純　□単純＋造影
※心臓ペースメーカー　（ありの場合は機種名を記入）
□有　機種名（　　）　□無

患者状態		造影時　チェック必須 ＊必ず全項目の記入をお願い致します。	
妊娠	有□　無□	喘息	有□　無□
アレルギー	有□　無□	糖尿病内服薬	有□　無□
（　　）		造影剤アレルギー	有□　無□
		eGFR　　ml/min/1.73 ㎡	
		〔 検査日　　年　月　日 〕	
		注：3ヶ月以内有効	

部位（横断）
□頭部　□副鼻腔　□頸部　□胸部
□肝胆膵腎　□肝～骨盤　□胸部～骨盤　□頚部～骨盤
□その他（　　）

□MRI
□単純　□単純＋造影
※心臓ペースメーカー使用者の検査は不可
※体内に磁性金属物がある方の検査は不可の場合もあり

患者状態		造影時　チェック必須 ＊必ず全項目の記入をお願い致します。	
妊娠	有□　無□	喘息	有□　無□
アレルギー	有□　無□	造影剤アレルギー	有□　無□
（　　）		eGFR　　ml/min/1.73 ㎡	
		〔 検査日　　年　月　日 〕	
		注：3ヶ月以内有効	

部位
□頭部　□肝胆膵　□MRCP　□腎
□頚椎　□胸椎　□腰椎　□胸腰椎移行部
□膝（ 右 ・ 左 ）　□肩（ 右 ・ 左 ）
□前立腺　□子宮　□骨盤
□その他（　　）

●検査希望日時（注意：原則、土曜日は検査は行っておりません。）

①	月	日（　）	午前 ・ 午後	時頃	②	月	日（　）	午前 ・ 午後	時頃
③	月	日（　）	午前 ・ 午後	時頃	④	月	日（　）	午前 ・ 午後	時頃

●検査目的・依頼内容・症状などご記入下さい。

病名（疑い病名）：
検査目的及び症状経過など

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。

日本鋼管福山病院地域連携室作成　2024.10.1