

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

受付時間: 月～土曜日 8時45分～17時00分

(7～9月の土曜日除く)

●貴施設

ご施設名 _____

住 所 _____

医師氏名(診療科) _____

電 話 番 号() -

F A X 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	<input type="checkbox"/> 外来で返事を待っている <input type="checkbox"/> 帰宅済み <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 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。)

<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 有 機種名() <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 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します。	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します。
妊娠 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	喘息 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	妊娠 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	喘息 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
アレルギー 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	造影剤アレルギー 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	アレルギー 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	造影剤アレルギー 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
() eGFR _____ ml/min/1.73 m ²	[検査日 年 月 日] 注:3ヶ月以内有効	() eGFR _____ ml/min/1.73 m ²	[検査日 年 月 日] 注:3ヶ月以内有効
部位(横断) <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 肝胆膵腎 <input type="checkbox"/> 肝～骨盤 <input type="checkbox"/> その他 ()		部位(横断) <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 肝胆膵腎 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 胸腰椎移行部 <input type="checkbox"/> 膝(右・左・両方) <input type="checkbox"/> 肩(右・左・両方) <input type="checkbox"/> 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。