

診療情報提供書(CT・MRI申込書)

JCHO佐賀中部病院 地域医療連携室 宛
FAX (0952) 28-5332

★緊急の場合は、お電話下さい。
(☎0952-28-5331)

依頼日：平成 年 月 日

1 紹介元病院

病院名

TEL

医師名

FAX

2 患者情報

ふりがな		連絡先	
氏名	男・女		
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	当院受診歴	有・無・不明

3 検査内容

希望項目	1. CT(部位)	2. MRI(部位)
希望日	第1 年 月 日 (曜日)	画像出力
	第2 年 月 日 (曜日)	CD・フィルム・不要
	<input type="checkbox"/> 空いている早い日程を希望	

4 診療情報

(検査目的・治療経過 等)

5 確認事項

CT・MRI	<input type="checkbox"/> 体重(Kg) ※単純CTの場合は記入不要	<input type="checkbox"/> 妊娠の可能性：有・無(不明)	<input type="checkbox"/> 鎮静：要・不要
MRIの場合のみ記入	<input type="checkbox"/> 体内金属：有・無		
	() 心臓ペースメーカー・心臓人工弁	() 人工関節(部位)	
	() 動脈クランプ(部位)	() 人工内耳、人工中耳	
	() スtent留置(部位)	() 義歯(インプラント)	
	() 手術クランプ(部位)	() 義眼	
	() 避妊リング(金属)	() その他体内金属(部位)	
	<input type="checkbox"/> 閉所恐怖症：有・無		
	<input type="checkbox"/> 検査時に火傷のおそれがあるもの(磁性体や金属を含むもの)：有・無 ⇒(例) 刺青、アイシャドウ、マスク、カラーコンタクト、マニキュア等		

6 造影の確認

造影剤：有・無	※造影希望「有」の場合でも当日の疾患などにより、ご希望に添えない場合もありますのでご了承ください。		
造影「有」の場合記入	<input type="checkbox"/> 造影剤アレルギーの既往：有・無	<input type="checkbox"/> 喘息：有・無	
	<input type="checkbox"/> その他アレルギー疾患：有()・無	<input type="checkbox"/> 腎機能異常：有(Cr)・無	

※ 造影剤「有」の場合は、造影検査の「同意書」もFAXして下さい。

