

# 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： 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・R 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 ) <input type="checkbox"/> CT検査と医療被ばくの説明・同意あり	
希望日	第1 年 月 日 ( 曜日)	画像出力  CD・フィルム・不要
	第2 年 月 日 ( 曜日)	
	<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・無	
		<input type="checkbox"/> Cr: mg/dl (検査日 年 月 日)	

※ 造影剤「有」の場合は、造影検査の「同意書」もFAXして下さい。