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　　医師名

TEL　　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　　) □ 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
	第2　年　月　日(　曜日)	CD　・　不要
	□ 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	□体重(　Kg) ※単純CTの場合は記入不要	□妊娠の可能性 ： 有 ・ 無 (不明)	
MRIの場合のみ記入	□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　)	
	(　)動脈クリップ(部位　)	(　)人工内耳、人工中耳	
	(　)ステント留置(部位　)	(　)義歯(インプラント)	
	(　)手術クリップ(部位　)	(　)義眼	
	(　)避妊リング(金属)	(　)その他体内金属(部位　)	
	□閉所恐怖症 ： 有 ・ 無		
	□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、マスカラ、カラーコンタクト、マニュキュア 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	□造影剤アレルギーの既往： 有・ 無	□喘息　： 有 ・ 無
	□その他アレルギー疾患：有(　) ・ 無	□腎機能異常 ： 有 ・ 無
	□ピグアナイド系経口血糖降下薬： 有 ・ 無	□Cr：　mg/dl ※6ヶ月以内 (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。

R8.9 改訂