診療情報提供書 (検査依頼用)

令和 年 月 日

地方独立行政法人

くらて病院

〒807-1311
鞍手郡鞍手町小牧2226-2
TEL 0949(28)7516(放射線科直通)
TEL 0949(28)7557(検査科直通)
FAX 0949(42)4391

紹介医療先施設名
住 所
電 話 番 号
F A X 番 号
担 当 医 師 名

印

患者氏名	フリガナ	様	○男 ○女
生年月日	○大正 ○昭和 ○平成 ○令和	年 月 日生 (歳)	

傷病名 依頼目的	
既往歴 (手術歴等)	
現在の処方 備考	

放射線検査予約日時	月 日 ○午前 ○午後	時 分
-----------	-------------	-----

検査項目	☐ CT検査 ☐ MRI検査 ☐ MMG ☐ 骨密度測定 ☐ ()
検査内容	☐ 単純 ☐ 造影 ☐ 単純+造影
検査部位	☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 骨盤部 ☐ 脊椎 () ☐ その他 ()

CD-R 《○要 ○不要》 フィルム 《○要 ○不要》 読影結果のみ

患者様情報	妊娠：(○有 ○無)
-------	--------------

CT/MRI造影検査のみ、ご記入ください。

腎機能：(Cre mg/dl) (BUN値 mg/dl) (eGFR) 検査日： 月 日

ヨード剤アレルギー：(○有 ○無) ※CT造影：eGFR<45、MRI造影：eGFR<30は造影検査不可となります。

気管支喘息/アトピー性皮膚炎/蕁麻疹/食物・薬物アレルギー等のアレルギー性疾患：(○有 ○無)

ビグアナイド系糖尿病薬の服用：(○有 ○無) ※CT造影検査当日と検査後48時間服用中止

病歴 (○なし ○甲状腺疾患 ○心臓病 ○肝臓病 ○腎臓病 ○糖尿病 ○その他)

※Cre・BUN値・eGFRが未記入の場合、当院にて検査を実施させていただきます。

その場合、腎機能検査実施のため、検査予約時間の1時間前にご来院頂きますようお願いいたします。

※アレルギー性病変【有】の場合：ステロイド剤の前投与が必要となることがあり、検査が延期、または、中止となる可能性があります。ご了承ください。

MRI検査のみ、ご記入ください。

体内金属 (○有 ○無 / 詳細)

※詳細な問診は、当院にてさせていただきます。

※放射線検査の予約につきましては、放射線科直通【0949(28)7516】へご連絡をお願いいたします。

臨床検査予約日時	月 日 ○午前 ○午後	時 分
----------	-------------	-----

検査項目	☐ 超音波検査(腹部・体表・心臓・血管・頸動脈) ☐ 神経伝導速度 ☐ 血圧脈波 ☐ ホルター心電図 ☐ その他 () ※PSG、負荷心電図は事前の診察が必要となります。
------	---

CD-R 《○要 ○不要》 ※超音波検査に限ります。

※臨床検査の予約につきましては、検査科直通【0949(28)7557】へご連絡をお願いいたします。

M R I 検 査 問 診 票

ID	様
氏名	
生年月日	
年齢	
性別	

検査予約日時

年 月 日 時 分

検査部位 造影 ()

造影時間診 ()

MRI検査を安全に受けていただくために、下記の質問に対して○印でお答えください。

① 以下のような体内留置装置、金属はありますか？※はいの場合、検査を受けることができません

☐ ペースメーカー	☐ 体内植え込み型のインスリンポンプ	☐ 脳刺激電極
☐ 人工内耳	☐ 磁石式の人工肛門	☐ 除細動器
☐ 可動性義眼	☐ 内視鏡止血用クリップ	☐ 糖測定器
(例:リブレ・G6)
☐ 植込み型心電計	☐ DIBキャップ(尿カテストップパー)	

はい・いいえ

② 現在妊娠している可能性はありますか？(女性の方のみ)

はい・いいえ

③ 手術等で体内に金属が入っていますか？※はいの場合、検査を受けることができない場合があります

☐ 脳動脈クリップ	☐ 血管や管腔臓器内の金属(フィルター・ステント・コイル等)		
☐ 人工関節・骨頭	☐ 手術用ペッツ	☐ 外傷などによる体内異物	☐ 人工弁
☐ 骨固定金属	☐ 眼内レンズ	☐ 圧可変式VPシャント	☐ リザーバー
(白内障手術は除く)

はい・いいえ

④ MRI検査を受けたことがありますか？

はい・いいえ

⑤ 不整脈・てんかんと診断されたことがありますか？

はい・いいえ

⑥ 暗くて狭い空間に入るのは苦手ですか？(閉所恐怖症)

はい・いいえ

⑦ あおむけで寝るのはつらいですか？(約20分)

はい・いいえ

⑧ 入れ歯・歯科用インプラントなどの金属はありますか？

はい・いいえ

⑨ 入れ墨(アートメイク含む)をしていますか？

はい・いいえ

【身につけているものがあれば○印をつけてください】

湿布・カイロ・エレキバン・ニトロ・ニコチネル・ノルspan・ニュープロパッチ
補聴器・ヘアピン・かつら・カラーコンタクト・マスカラ・ピアス・貴金属
時計・携帯電話・車の鍵・磁気カード(クレジットカードなど)・ブラジャー
遠赤外線下着・機能性肌着(ヒートテックなど)・義肢・コルセット・筋トレ用おもり

署名(本人または代理人)

続柄()

上記を確認しMRI検査 (可・不可)

年 月 日

依頼医師署名 担当医

くらて病院 〒807-1311 福岡県鞍手郡鞍手町大字小牧2226番地2 TEL0949-42-1231 FAX0949-42-4391