

放射線科検査依頼票(診療情報提供書)

中部ろうさい病院 地域医療連携室 御中
FAX: 052-652-5716

申込日 令和 年 月 日

太枠内を必ずご記入ください

当院ID: ー ー

中部ろうさい病院の受診歴 有 ・ 無

フリガナ ()

患者氏名 様

貴院ID:

生年月日 T・S・H・R 年 月 日
()才 (男・女)

所在地

医療機関名

医師氏名

電話番号 () ー

TEL・FAX

携帯電話 () ー

診断名・既往歴・症状・治療経過など(□詳細は別紙参照)

検査方法 : 単純のみ 造影のみ 単純+造影

MRI

 頭部単純のみ 頸椎 胸椎 腰椎 股関節(左・右・両)
 頭部単純+頭部アンギオ 膝関節(左・右・両) 骨盤(子宮・前立腺)
 頭部単純+頭頸部アンギオ MRアンギオのみ(頭部・頸部)
 VSRAD その他(詳細を記入) []

※ 禁忌: 閉所恐怖・妊娠・体内磁性体金属・ペースメーカー・人工内耳・人工中耳・V-Pシャント(該当しないこと)
 ※ 時間外は、自立歩行ができ介助の必要がない方で、指定部位の単純検査に限り対応しています。

CT

検査方法	部位
<input type="checkbox"/> 単純のみ <input type="checkbox"/> ダイナミックCT	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部
<input type="checkbox"/> 造影のみ <input type="checkbox"/> CTアンギオ	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 下腿
<input type="checkbox"/> 単純+造影	<input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> [<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 両]
<input type="checkbox"/> その他 (詳細を記入) []	<input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 副鼻腔
	<input type="checkbox"/> その他(詳細を記入) []

冠状動脈(造影CT) ※火・木(14:00~15:15)の検査となります。下記①~⑥への記入をお願いいたします。
 ①平常時心拍数HR() ②造影アレルギー(有・無) ③腎機能障害(有・無)
 ④胸痛(有・無) ⑤心電図異常(有・無) ⑥6心房細動(有・無)
 ※HR70以上の場合は、テノーミン(βブロッカー)等を事前に処方してください。

※造影検査時 クレアチニン値: 検査日 eGFR(腎機能)

	検査方法	部位	
<input type="checkbox"/> マンモグラフィー	<input type="checkbox"/> 2D	[<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 両]	<input type="checkbox"/> 骨密度測定
	<input type="checkbox"/> 2D+3D *治療目的に限る応相談	読影結果が必要な場合は、 外科診察となります。	

R I 骨シンチ(10時注射・午後検査) 副甲状腺(MIBI)シンチ その他()

希望日時
 ① 令和 年 月 日 () AM・PM : 頃
 ② 令和 年 月 日 () AM・PM : 頃
 ③ 令和 年 月 日 () AM・PM : 頃

検査結果
 ご希望に○をおつけください
 電子媒体(CD-ROM) フィルム / 患者さま渡し 紹介元へ送付
 ※CTアンギオ・心臓CT・時間外MRの当日渡しはできません

【お問い合わせ】 平日:8:15~19:30 ☎ 052-652-5950 中部ろうさい病院 地域医療連携室