

放射線科検査申込書

滝宮総合病院

地域連携室 宛

醫師名

(印)

FAX 番号

FAX 番号

※ 午後5時以降の申し込みは翌朝の受付とさせていただきます。尚、土日、祝祭日は休みとさせていただきます。

※ FAX をいただきましたら、15 分以内に予約票を送らせて頂きます。

予約枠に空きがある場合、当日依頼は受け付けますが、所見は翌日以降になります。

患者の容態不良などのため、緊急検査が必要な場合は当該科医師にご紹介ください。

フリガナ		性別	生年	明・大・昭・平・令	年	月	日	歳
患者氏名		男・女	月日					
住　所	〒 電話番号（　　　　　）							
検査種別	C T ・ M R I ・ R I ・その他（　　　　　　　　　　　） 造影（無・有） ※M R I 検査の場合は下記の質問にお答えください ※造影有の場合は下記の質問にお答えください			希望日時	年　月　日 午前　・　午後			
検査部位	頭部 ・ 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ・ 頰部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 骨盤部 上肢（　　　　　） ・ 下肢（　　　　　）・ その他（　　　　　　　　　　　）							
傷病名	# 1 .（　　　　　　　　　　　）	# 2 .（　　　　　　　　　　　）	# 3 .（　　　　　　　　　　　）	# 4 .（　　　　　　　　　　　）				
検査目的・主訴・症状・備考・希望読影医師等（貴院の書式(別紙)でもかまいません)								
☐ 検査の正当性について説明し、同意を得ています								
※M R I 検査の場合は、以下の質問にお答えください。該当する場合M R I 検査を実施できない場合があります。 1. 体内金属の有無（あり・なし） 2. ペースメーカーの有無（あり・なし） 3. 入れ墨の有無（あり・なし）								
※造影検査の場合は、以下の質問にお答えください。薬剤使用説明書より禁忌、原則禁忌項目があります。 以下に該当する場合造影検査が実施できない場合があります。 ■造影検査共通の質問 1. 以前検査された際の異常（あり・なし） ありの場合その内容（　　　　　　　　　　　） 2. アレルギー歴の有無（あり・なし） ありの場合その内容（　　　　　　　　　　　） 3. 喘息（あり・なし） 4. 妊娠（あり・なし） 5. 身長（　　　　　　　　 cm） 体重（　　　　　　 kg） ■C T 造影検査の質問(ヨード系造影剤) 1. 甲状腺疾患（あり・なし） 2. ヨード過敏症の既往（あり・なし） 3. 腎機能の異常（あり・なし） eGFR（　　　　　）ml/min/1.73 m² 又は CRE（　　　　　）mg/dl 測定日（　　　年　月　日） ※ eGFR 15未満の方は原則検査できません 4. 重篤な心疾患・肝障害・マクログロブリン血症・多発性骨髄腫・テタニー・褐色細胞腫（あり・なし） 5. ビグアナイド系糖尿病薬の使用（あり・なし）：有りの場合造影検査後2日間の休薬が必要です。 ■M R I 造影検査の質問(ガドリニウム系造影剤) 1. 腎機能の異常（あり・なし） eGFR（　　　　　）ml/min/1.73 m² 又は CRE（　　　　　）mg/dl 測定日（　　　年　月　日） ※ eGFR 15未満の方、透析中の方は検査できません								

滝宮総合病院 申込み送信先 FAX 087(870)8818

地域連携室 問い合わせ先 TEL 087(876)1109