

放射線科検査申込書

滝宮総合病院
地域連携室 宛

医療機関名	
医師名	(印)
電話番号	
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。

※ 緊急時・即日入院等が必要な場合は、直接当該科医師にご連絡いただきますようお願いいたします。

フリガナ		性別	生年	
患者氏名		男・女	月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 歳
住 所	〒 _____ 電話番号 (_____)			
検査種別	CT ・ MRI ・ RI ・その他(_____) 造影: (無 ・ 有) ※MRI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 ・ 頸部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 骨盤部 上肢 (_____) ・ 下肢 (_____) ・ その他 (_____)			

検査目的・傷病名・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

※MRI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MRI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)

■CT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 30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。

■MRI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 30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