

共同利用における CT・MRI・骨密度 依頼書

検査申込日 年 月 日

共同利用の検査はいずれも単純検査のみとなります。

検査の希望日 (午後のみ)		検査決定日		医療機関名	
第一希望	月 日 時	当院記入欄 月 日 時		所在地	
第二希望	月 日 時			TEL/FAX	
第三希望	月 日 時			医師名 印	
フリガナ		生年月日	年 月 日	才	男・女
患者氏名		電話番号	連絡のつきやすいもの 自宅・携帯・職場		
住所					
検査目的					
臨床診断 特に必要な 撮影方法・部位					
既往歴及び 現在の処方					

検査種別	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 骨密度	身長	cm	体重	Kg
------	-----------------------------	------------------------------	------------------------------	----	----	----	----

撮影部位	CT	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 四肢 () <input type="checkbox"/> その他()					
	MR	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 脳+MRA <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸部MRA <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 内耳 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙尾骨 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 下腿 (右・左) <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> その他 ()					

※脳MRA、頸部MRA、MRCPは単純撮影です。造影剤は使用しません。

患者情報	<input checked="" type="checkbox"/> 移動手段 <input type="checkbox"/> 歩行 その他 () <input checked="" type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 不明
------	---

CT・MR共通確認事項 心臓ペースメーカーや体内除細動器 無 有 妊娠の可能性 無 有

MR確認事項	体内金属	<input checked="" type="checkbox"/> 心臓ペースメーカーや人工内耳、MR禁忌の体内埋込機器 <input type="checkbox"/> 無(確認がなければ検査施行できません)
		<input checked="" type="checkbox"/> 脳動脈瘤クリップや、その他の血管クリップ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位 手術 年 月 日)
		<input checked="" type="checkbox"/> 外科・整形外科的術後金属 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位 手術 年 月 日)
		<input checked="" type="checkbox"/> その他の留置物(心臓人工弁等) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位 手術 年 月 日)
<input checked="" type="checkbox"/> 刺青やアートメイク <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(変色や火傷の可能性があるので、患者様の同意を得て下さい)		
<input checked="" type="checkbox"/> 仰臥位での1時間の安静 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input checked="" type="checkbox"/> 閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		

検査結果	<input checked="" type="checkbox"/> 画像 <input type="checkbox"/> CD-R (DICOM) <input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 読影 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	※骨密度検査は報告書を送付させていただきます。 ※読影レポートは翌診療日にはFAXさせていただきます。
------	--	--

松浦中央病院 FAX 0956-72-1720