**ＣＴ・MRI検査申込書**

**ＣＴ･ＭＲＩ検査申込書**

**【**患者基礎情報】 【紹介元】

ふりがな 　 紹 介 日 年　 　 月 　　日

氏名 　 　 　　（ 男 ・ 女 ） 　 医療機関名

T ・ S

H ・ R

生年月日　　　　　 　年　 　月 　 　日(　 　歳) 　医 師 名

住所 　　 　　　　　　　　 　　 　 TEL 　 　　　( 　　)

 　 FAX 　　 　　( 　　)

電話( 　　　　　　　) 携帯( 　　　　　　　　　　) 　□外来患者の紹介　　□入院中の患者の紹介

**【検査種別】**（**冠動脈CT・PET/CT・RI等他検査**については、専用の申込用紙がございますのでそちらをご利用ください）

**□単純撮影：**　□ CT：（□＋3D　□＋ＭＰＲ） 　□ MRI：（□＋Ａ　□＋ＭＲＣＰ）

**□造影撮影：**□ CT：（□＋3D　□＋ＭＰＲ） 　 □ MRI：（□＋Ａ　□＋ＭＲＣＰ）

**【傷 病 名】**（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**【検査部位】**（　　　　　　　　　　 　　）＊左右どちらかも必ずご記入下さい。

**【希 望 日】** □いつでも良い

**検査データのお取り扱い**

画像：□後日郵送　□当日お渡し

読影：□後日郵送　□当日中FAX

□希 望 日 (①　 　　　 　②　　　　　 　③　　　　　 　）

□不都合日 (① 　　　 　　②　　　 ③　　　　　 　）

**【診療情報提供書】**（貴院の書式(別紙)でもかまいません）

**◎造影撮影の方は以下の質問にお答えください**

【重要】造影検査を希望された場合でも、当院で危険と判断した場合には、造影検査を行わない場合がありますのでご了承ください。

**血液検査結果　　※検査希望日から3ヶ月以内のCrもしくはeGFRの値、および検査日をご記入ください。**

□Cr：クレアチニン値(　　　　　　　　)【検査日：　　　　　年　　　月　　　日】

□eGFR（　　　 　　）【検査日：　　　　　年　　　月　　　日】

**過敏症等の確認　※別紙問診票を添付いただければ省略可です。いずれか必ずご確認・ご記入ください。**

□喘息( あり ・ なし ）　※喘息既往のみの場合は最終発作や最終投薬歴をお伝えください。

□造影剤によるアレルギー( あり ・ なし ）

□閉所恐怖症( あり ・ なし ）

**（以下、造影CT検査申込時のみ）**

□甲状腺機能亢進症などヨード摂取制限（　あり・ なし　）

□ビグアナイド系糖尿病薬の服用（　あり・ なし　）　薬剤名：

（「あり」の場合、こちらから休薬確認書をFAXいたします。ご説明、ご署名後にFAXにて返送をお願い致します）

**佐久医療センター　高機能診断センター**

**TEL 0267-88-7956　　　FAX 0267-88-7219**