

CT・MRI検査申込書

【患者基礎情報】

ふりがな.....
氏名.....(男・女)
生年月日 ^{T・S}.....年 月 日(歳)
_{H・R}
住所 [] - []
電話() 携帯()

【紹介元】

紹介日年 月 日
医療機関名
医師名
TEL ()
FAX ()
 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
 希望日 (① ② ③)
 不都合日 (① ② ③)

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

◎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)

検査依頼内容(その他ご要望あればお知らせください)

※診療情報提供料算定される際は別紙添付してください

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