

# CT・MRI 検査申込書

※患者間違いを防ぐために当院「受診歴の有無」「患者ID」を出来るだけ記載いただくようご協力お願いいたします。

## 【患者情報】

↓当院の患者IDが分かれば記載してください

当院の受診歴: 無・有 → 患者ID(  -  )

ふりがな

氏名  (男・女)

生年月日 <sup>T・S</sup>  年  月  日 (  歳 )

住所  <sup>H・R</sup>  -

(TEL  )(携帯  )

## 【紹介元】

紹介日  年  月  日

医療機関名

医師名  科

TEL  (  )

FAX  (  )

外来患者の紹介  入院中の患者の紹介

## 【検査種別】 ( にチェックを入れて下さい )

単純撮影  CT  MRI

造影撮影  CT  冠動脈CT  MRI

【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  )  不都合日 ( ①  ②  )

【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。

### ① CT・MRI 共通の質問

↓造影の場合はCrかeGFRどちらかの3ヶ月以内の値を必ず記入してください。( )内に検査日を記入してください。

腎機能異常(有り・無し)  Cr  (  年  月  日 )  eGFR  (  年  月  日 )

喘息(有り・無し)  造影剤によるアレルギー(有り・無し) → 「有り」の場合は、その症状を下記にお書きください

(  )

### ② CT・冠動脈CTをお申し込みの方の質問

ビグアナイド系糖尿病薬の服用 ( 有り・無し )  甲状腺機能亢進症 ( 有り・無し )

( 「有り」の場合、こちらから休薬確認書をFAXしますのでご説明をして頂き、ご署名後に改めてFAXをお願い致します )

### ③ 冠動脈CTをお申し込みの方の質問

#### 【枠内の項目全てに該当しないと、冠動脈CTはできません】

呼吸止めを10秒以上できる  両上肢が挙上できる  ヨード造影剤を使用できる

通常、安静時心拍数80bpm以下である  心房細動はない

ペースメーカーは装着していない  除細動器は装着していない

ニトロールスプレイの使用(可・不可)

#### 【β遮断薬の禁忌】

なし → βブロッカー服用(可・不可)

あり → 下記に該当する場合などチェックをお願いします)

徐脈性不整脈(ペースメーカーなし)  気管支喘息(既往を含む)

末梢循環不全(間欠性跛行、レイノー病など)  異型(冠れん縮性)狭心症

β遮断薬を定期内服中 → 検査当日内服(可・不可)

#### 【治療歴】(わかる範囲でご記入ください)

冠動脈バイパス術後

左内胸動脈(LITA)  右内胸動脈(RITA)  静脈グラフト(SVG)

撓骨動脈グラフト(RA)  胃大網動脈グラフト(GEA)  左回旋枝(LCX)

スtent留置術後 (stent詳細:  )

左前下行枝(LAD)  右冠動脈(RCA)  左回旋枝(LCX)  その他(  )