**ＣＴ・MRI検査申込書**

**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**」 を出来るだけご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　【紹介元】

当院の受診歴：□無・□有→ 患者ID(　 - - ) 紹 介 日 年　 　 月 　　日

ふりがな 　 医療機関名

氏名 　 　 　　（ 男 ・ 女 ） 医 師 名 　　科

生年月日　　　　　 　年　 　月 　 　日(　 　歳) TEL 　 　　　( 　　)

Ｔ・ＳＨ・Ｒ

住所 　　 　　　　　　　　 　　 　 FAX 　　 　　( 　　)

　 □外来患者の紹介　　　□入院中の患者の紹介

(TEL　　　　　　　　　　 　 　)(携帯　　　　　　　　　　 　)

**【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。

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

□喘息( 有り ・ 無し ）〼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

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**②ＣＴ･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）

1. **冠動脈ＣＴをお申込みの方の質問**

【**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

〼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)

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

　□ステント留置術後（ステント詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

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