

# CT・MRI検査依頼書（兼）診療情報提供書

※ 本紙は検査当日にご持参いただき、総合受付へご提出下さい。

年 月 日

すずかけセントラル病院

地域連携室 行

FAX 053-443-0166

ご紹介元医療機関名

所在地

電話番号

FAX番号

医師名

|      |   |     |      |         |
|------|---|-----|------|---------|
| フリガナ |   | 性別  | 生年月日 |         |
| 患者氏名 |   | 男・女 | 年    | 月 日 (才) |
| 住 所  | 〒 |     |      | 電話      |

|      |        |      |       |      |                   |
|------|--------|------|-------|------|-------------------|
| 検査区分 | CT・MRI | 造影区分 | 単純・造影 | 読影区分 | 至急 ・ 通常<br>(2~3日) |
|------|--------|------|-------|------|-------------------|

|                                                                   |                                          |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| 部 位<br>○でお囲み<br>ください                                              | ① 頭部ルーチン ・ 頭部【眼窩、副鼻腔、その他（ ）】             |
|                                                                   | ② 頸部【甲状腺、咽喉、咽頭、その他（ ）】                   |
|                                                                   | ③ 胸部ルーチン ・ 胸部【大動脈、心臓、その他（ ）】             |
|                                                                   | ④ 全腹部・上腹部 ・ 骨盤部【子宮、卵巣、前立腺、仙尾骨、膀胱、その他（ ）】 |
|                                                                   | ⑤ 脊椎【全脊椎、頸椎、胸椎、腰椎、仙尾骨、その他（ ）】            |
|                                                                   | ⑥ 四肢、関節【右・左：部位（ ）】                       |
|                                                                   | ⑦ 広範囲非造影MRI (DWIBS) 【全身がん検索、炎症性腸疾患、不明熱】  |
|                                                                   | ⑧ その他（ ）                                 |
| 病 名                                                               |                                          |
| 検査目的<br>病歴等                                                       |                                          |
| ※3Dにて作成希望 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し |                                          |

|                                                                                   |                                                                                                                     |                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 体内金属の有無                                                                           | 有・無                                                                                                                 | ※有の場合は、部位や素材、挿入年月日など出来るだけ詳しくご記入下さい。<br>( )<br>※ペースメーカーを装着されている場合は、胸部CT、MRIの検査を行うことが出来ませんのでご確認ください。 |
| 造影検査の場合は必ずご記入をお願いします。<br>eGFR値<br><br>(ml/min/1.73m <sup>2</sup> )<br>(測定日 年 月 日) | 造影検査必要の場合「ビグアナイド系糖尿病薬剤」を服用している患者さんは<br>※48時間前より検査後48時間、服用中止。<br>※eGFR値について、場合によっては造影検査がお受けできないことがありますので<br>ご了承ください。 |                                                                                                    |
| 【備考】                                                                              |                                                                                                                     |                                                                                                    |

※心臓CTについては、循環器内科の受診とさせていただきます。 (この様式又は貴院紹介状の様式にてお願いします)

2022/12/1