

患者様情報

診療情報提供書



氏名:

性別: 男 ・ 女

生年月日: 年 月 日

住所:

紹介元医療機関名の住所及び名称

電話番号 - -

診療科名

ご担当医師名

予約日時(紹介元医療機関からのご予約)

患者様ご本人が自分で予約をする場合は、下記をご記入ください。

月 日 時 分より

検査部位

貴院次回診察日

月 日 午前・午後

検査区分

MRI CT レントゲン

造影

有り 無し 一任

- アレルギー(鉄[MRI]・ヨード[CT]、ぜんそく・小児ぜんそく、妊娠、eGFR 30未満の方は造影不可)
- 透析治療中の方はMRI造影は不可、CT造影は要相談

撮影部位

- 頭部 顔面 顎関節 下垂体
- 副鼻腔 頭蓋底(内耳道、三叉神経)
- 頸部血管 頸部軟部組織
- 頸椎 胸椎 腰椎 仙椎
- 肺野 縦隔 乳腺
- 腹部 前立腺 子宮卵巣 骨盤
- 肩(右・左) 肘(右・左)
- 手関節(右・左) 手指(右・左)
- 股関節(右・左) 膝(右・左)
- 手関節(右・左) 足趾(右・左)
- 血管系 ( )
- その他

傷病名・紹介目的

現病歴、病状経過、治療経過

現在の処方

希望の撮影部位・撮影条件が有りましたらご記入下さい。

■ 下記事項のチェックをお願いいたします

MRI	●ペースメーカー・埋め込み型除細動器・人工内耳	無 ・ 有	有りの場合は検査不可
	●ステントや動脈瘤クリップ・その他体内金属等 具体的に( )	無 ・ 有	有りの場合は検査は可能ですが、 発熱・火傷の可能性があります(応相談)
	●刺青・アートメイク等	無 ・ 有	
	●水頭症の圧可変式シャント	無 ・ 有	有りの場合は検査後に調整が必要です(応相談)
	●内視鏡検査の止血クリップ	無 ・ 有	有りの場合は体内から排出が確認できるまで検査不可
	●カラーコンタクト・アキュビューデファイン・増毛スプレー	無 ・ 有	有りの場合は検査日に身につけないようにしてください
	●妊娠3ヶ月以内・妊娠の可能性	無 ・ 有	有りの場合は検査不可
	●薬剤アレルギー	無 ・ 有	有りの場合は造影できないことがあります
	●ぜんそく	無 ・ 有	有りの場合は造影不可
●腎機能:eGFR ( )※3ヵ月以内のテーマ		eGFR 30未満は造影不可	

CT	●妊娠・妊娠の可能性	無 ・ 有	有りの場合は検査不可
	●ぜんそく	無 ・ 有	有りの場合は造影不可
	●腎機能:eGFR ( )※3ヵ月以内のテーマ		eGFR 30未満は造影不可

※ビグアノイド系糖尿病治療薬を処方されている場合は、検査前後でそれぞれ2日間の休薬が必要です