

診療情報提供書 兼 CT・MRI 依頼書

医療法人徳洲会 鹿児島徳洲会病院 放射線科 行き

紹介元 医療機関		医師名	先生
TEL	— —	FAX	— —

ふりがな		性別	男 ・ 女
患者氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
住所		連絡先	— —
移動	<input type="checkbox"/> 独歩 / <input type="checkbox"/> 車椅子 / <input type="checkbox"/> ストレッチャー		身長 cm
※女性の方へ	現在、妊娠している。又は妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無		体重 kg

検査予定日	年 月 日 (曜日) 時 分		
C T (単純)	部 位	・頭部 ・副鼻腔 ・中耳ターゲット ・頸部 ・胸部 ・上腹部 ・骨盤部 ・その他 ()	※複数選択可
	M R I (単純)	部 位	・頭部 ・副鼻腔 ・頸部 ・上腹部 ・MRCP ・骨盤部 ・頸椎 ・胸椎 ・腰椎 ・肩関節 ・股関節 ・膝関節 ・その他 ()
状 況		過去 MRI 検査歴	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
		閉所恐怖症の可能性	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
禁 忌 ・ 重 要		心臓ペースメーカーの使用	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
		医療用の体内埋込装置 (人工内耳・他) の使用	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
		義眼 (磁石で眼窩内に固定されている場合) の使用	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
	体内に金属類の異物の指摘	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	
	過去手術歴 ()	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	
※有の場合は詳細をご記入下さい。(特に体内に金属を留置する手術)			
主訴・臨床診断			
検査目的 及び 臨床経過・希望事項			
【当院記入欄】 (患者 ID :) <input type="checkbox"/> Dr 報告 / <input type="checkbox"/> 検査オーダー / <input type="checkbox"/> 予約票 FAX			

医療法人徳洲会 鹿児島徳洲会病院 放射線部
 【直通】 TEL : 099-814-7253 / FAX:099-814-7251