

# 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 <span style="float: right;">cm</span>
※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 <span style="float: right;">kg</span>

検査予定日	年 月 日 ( 曜日) 時 分			
C T (単純)	部	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 中耳ターゲット <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部	※複数選択可	
	位	<input type="checkbox"/> その他 ( )		
M R I (単純)	部	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎		
	位	<input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	状	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