

# 診療情報提供書【CT、MRI検査予約用】

医療法人社団哺育会 白岡中央総合病院 担当者宛

申込日

検査予約日時：

月

日

午前

時

分

|        |      |               |
|--------|------|---------------|
| 貴医療機関名 | 診療科名 | ご担当医師名（フルネーム） |
| TEL:   | FAX: |               |

|       |                                                          |       |                                                         |
|-------|----------------------------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------|
| フリガナ  | 性別                                                       | 連絡先   | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 |
| 患者様氏名 | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 住所    | 〒                                                       |
| 生年月日  | 西暦                                                       | 年 月 日 | （満 才）                                                   |

希望の検査を選択してください。（造影検査の場合は、下記項目もご記入ください。）

|                                  |          |                                                             |           |
|----------------------------------|----------|-------------------------------------------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> 単純のみ    | 造影剤アレルギー | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（薬剤名：） | ※有は造影検査不可 |
| <input type="checkbox"/> 単純 + 造影 | 気管支喘息    | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有       |           |
|                                  | 感染症      | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（      | ）         |

希望の検査部位を選択してください。

| CT  |                                                                                                                    | MRI                                       |                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 頭部  | <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔面骨 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 内耳道 | 頭部                                        | <input type="checkbox"/> 脳MRIのみ <input type="checkbox"/> 脳MRI + MRA <input type="checkbox"/> VSRAD <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 副鼻腔                                               |
| 頸部  | <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> その他（                                                          | 頸部                                        | <input type="checkbox"/> 頸部MRA <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 喉頭 <input type="checkbox"/> 唾液腺 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> その他（                                                         |
| 胸部  | <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> その他（                                                          | 胸部                                        | <input type="checkbox"/> 乳房（ <input type="checkbox"/> みぎ <input type="checkbox"/> ひだり <input type="checkbox"/> 両側） <input type="checkbox"/> その他（                                                                                       |
| 腹部  | <input type="checkbox"/> 上腹部のみ <input type="checkbox"/> 上腹部～骨盤腔                                                    | 腹部                                        | <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 胆のう <input type="checkbox"/> 脾臓 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 脾臓 <input type="checkbox"/> 副腎 <input type="checkbox"/> 腎臓                                 |
| 骨盤腔 | <input type="checkbox"/> 骨盤腔のみ                                                                                     | 骨盤                                        | <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 精嚢 <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 卵巣 <input type="checkbox"/> 卵管 <input type="checkbox"/> その他（                                 |
| 脊椎  | <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙尾骨   | 下記検査部位の撮影の場合は、下記の撮影断面も選択してください。           |                                                                                                                                                                                                                                        |
| その他 | <input type="checkbox"/> 上記以外の部位<br>（                                                                              | ※未記載の場合は、別紙『MRIルーチン撮影方法一覧』に準じ撮影させていただきます。 |                                                                                                                                                                                                                                        |
|     |                                                                                                                    | 四肢                                        | <input type="checkbox"/> みぎ <input type="checkbox"/> ひだり <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 手指 <input type="checkbox"/> 足指       |
|     |                                                                                                                    | 関節                                        | <input type="checkbox"/> みぎ <input type="checkbox"/> ひだり <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 足関節 |
|     |                                                                                                                    | 脊椎                                        | <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙尾骨                                                                                                                       |
|     |                                                                                                                    | その他                                       | <input type="checkbox"/> 上記以外の部位（                                                                                                                                                                                                      |
|     |                                                                                                                    | 撮影断面                                      | <input type="checkbox"/> Axial <input type="checkbox"/> Coronal <input type="checkbox"/> Sagittal                                                                                                                                      |

※MRIチェック項目（MRI検査をご依頼の場合は、必ず下記項目をご確認ください。）

|         |                                                                  |         |                                                       |
|---------|------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------|
| ペースメーカー | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※有はMRI検査不可 | 妊娠（現在）  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| 閉所恐怖症   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有            |         |                                                       |
| 体内金属    | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（           | 年 月 部位： | ）                                                     |
| 手術歴     | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（           | 年 月 術式： | ）                                                     |

|                            |  |
|----------------------------|--|
| 臨床診断名<br>（疑われる疾患名）         |  |
| 紹介目的<br>（検査目的）             |  |
| 症状経過及び検査結果（既往歴、家族歴、現在の処方等） |  |

検査のご予約は

地域連携課 TEL：0480-92-0799

または代表電話 0480-93-0661

地域連携課 FAX：0480-90-6878



医療法人社団哺育会 白岡中央総合病院