

MRI/CT/DEXA検査用 診療情報提供書

FAX番号: 03-5879-7923

患者様の情報

フリガナ		男・女
氏名		
生年月日	年 月 日 ( 歳 )	
大令昭平		
TEL	-	-

紹介元医療機関名

医師名	印
-----	---

検査日時	年 月 日 ( 曜日 )	午前 午後	時 分
------	--------------	-------	-----

上記時間の30分前までに来院要(問診や着替えの為)

検査機器	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> DEXA	造影の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:【必須】3ヵ月以内のクレアチニン値 ( )mg/dl <small>(CT造影:ピグアナイド系糖尿病薬服用中は要電話連絡)</small>
MRI CT 検査 部位	<input type="checkbox"/> 頭部 ( <input type="checkbox"/> VSRAD )	傷病名・検査の目的 傷病名: 検査目的: 既往歴・家族歴・症状の経過など:	
	<input type="checkbox"/> 頸部		
	<input type="checkbox"/> 脊椎 ( <input type="checkbox"/> 頸椎 / <input type="checkbox"/> 胸椎 / <input type="checkbox"/> 腰椎 )		
	<input type="checkbox"/> 胸部		
	<input type="checkbox"/> 腹部		
	<input type="checkbox"/> 骨盤 ( <input type="checkbox"/> 男性器 / <input type="checkbox"/> 女性器 )		
	<input type="checkbox"/> 肩関節 ( <input type="checkbox"/> ひだり / <input type="checkbox"/> みぎ )		
	<input type="checkbox"/> 手関節 ( <input type="checkbox"/> ひだり / <input type="checkbox"/> みぎ )		
	<input type="checkbox"/> 股関節 ( <input type="checkbox"/> ひだり / <input type="checkbox"/> みぎ )		
	<input type="checkbox"/> 膝関節 ( <input type="checkbox"/> ひだり / <input type="checkbox"/> みぎ )		
	<input type="checkbox"/> 足関節 ( <input type="checkbox"/> ひだり / <input type="checkbox"/> みぎ )		
	<input type="checkbox"/> 上肢 ( <input type="checkbox"/> 上腕 / <input type="checkbox"/> 肘 / <input type="checkbox"/> 前腕 / <input type="checkbox"/> 手指 ) ( <input type="checkbox"/> ひだり / <input type="checkbox"/> みぎ )		
<input type="checkbox"/> 下肢 ( <input type="checkbox"/> 大腿 / <input type="checkbox"/> 下腿 / <input type="checkbox"/> 足指 ) ( <input type="checkbox"/> ひだり / <input type="checkbox"/> みぎ )			
<input type="checkbox"/> その他 ( )			

検査を安全にお受け頂くため、以下の質問にお答えください。

MRI/CT 共通	現在妊娠中もしくは妊娠の可能性がある	いいえ	はい
MRI問診	1. 体内に心臓ペースメーカー・除細動器・人工内耳・神経刺激装置などの電子機器がある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. 水頭症による圧可変式バルブシャントや磁力で装着する義眼を使用している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. 素材不明、確認の取れない体内金属がある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>上記1~3に該当がある場合、当院ではMRI検査原則禁忌です</b>		
	4. 手術や治療などで体内にプレートや人工関節等の金属やカテーテルが埋め込まれている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. 閉所恐怖症がある。(MRIの検査歴 あり・なし)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. 痛み、咳、しびれ等があり20分程度の静止が困難である。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

注意) 枠内の内容によっては、検査が受けられない場合があります。