

MRI/CT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	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	妊娠初期3ヵ月以内もしくは妊娠の可能性	いいえ	はい
MRI問診	1. 手術やカテーテル治療などで体内に金属や医療機器が埋め込まれている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. 心臓ペースメーカー・除細動器・人工内耳・中耳・神経刺激装置を埋め込んでいる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. 水頭症による圧可変式バルブシャントを挿入している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. 脳に動脈クリップがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. 磁石や金属を使った入れ歯・義歯・義眼をしている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. 閉所恐怖症がある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7. せき、痛み、しびれ等で20分程度の静止が困難	<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。