

# 診療情報提供書 (検査依頼票)

## ①紹介患者様情報

|            |               |                |     |
|------------|---------------|----------------|-----|
| フリガナ<br>氏名 |               |                |     |
| 生年月日       | H・S・T・M 年 月 日 | 性別             | 男・女 |
| 当院受診歴      | 有・無           | ←有の場合診察券番号 ( ) |     |
| 住所         |               |                |     |
| 連絡先        | TEL           | 携帯・自宅・勤務先      |     |

## ②紹介元医療機関様情報

|                |  |
|----------------|--|
| 医療機関名          |  |
| 所在地            |  |
| 電話番号<br>FAX 番号 |  |
| 担当医師名          |  |

## ③検査前確認事項

|             |  |     |  |
|-------------|--|-----|--|
| CT・MR<br>共通 | 妊娠の可能性   | 無・有 | CT : 禁忌<br>MR : 禁忌   |
|             | 心臓ペースメーカー、体内埋込型除細動器  | 無・有 | CT : 埋込部位と検査部位が重なる場合は事前に型式をご連絡ください<br>MR : 検査不可  |
| MR<br>のみ    | その他埋込型医療機器<br>神経刺激装置、人工内耳、インスリン注入ポンプ 等   | 無・有 | 検査不可 ※心電データレコーダ : メドトロニック社製かつ埋込7週以上に限り可  |
|             | 体内金属<br>動脈瘤クリップ、ステント、シャント、フィルター、<br>機械弁、人工骨頭・関節、眼部金属、歯科矯正具、<br>乳房内留置金属、消化管止血クリップ 等 | 無・有 | 原則検査不可 (材質・部位により応相談)<br>以下の材質であれば問題なく検査可能です (該当する材質を○で囲んでください)<br>チタン合金 ・ コバルトクロム合金 ・ プラチナクロム合金<br>上記以外の材質に関しましては当院放射線部までお電話にてお問い合わせください |

## ④検査依頼部位 (該当する項目を○で囲んでください)

| CT (64列)             |     |      |      |        |
|----------------------|-----|------|------|--------|
| 頭部                   | 頭部  | 顔面骨  | 副鼻腔  | 聴器     |
| 脊椎                   | 頸椎  | 胸椎   | 腰椎   | 仙椎     |
| 頸部                   | 頸部  |      |      |        |
| 胸部                   | 胸部  | 肋骨   | 胸骨   |        |
| 腹部                   | 上腹部 | 下腹部  | 全腹部  |        |
| 骨盤                   | 骨盤骨 | 股関節  |      |        |
| 上肢                   | 肩関節 | 上腕   | 肘関節  | みぎ・ひだり |
|                      | 前腕  | 手関節  | 手・手指 |        |
| 下肢                   | 大腿  | 膝関節  | 下腿   | みぎ・ひだり |
|                      | 足関節 | 足・足趾 |      |        |
| その他                  |     |      |      |        |
| ※連続する部位に限り広範囲撮像が可能です |     |      |      |        |

## ※手技は「単純」のみとなります

| MR (3.0T) |       |       |       |        |
|-----------|-------|-------|-------|--------|
| 頭部        | 脳     | 下垂体   | 眼窩    | 副鼻腔    |
| 脊椎        | 頸椎    | 胸椎    | 腰椎    |        |
| 頸部        | 頸部    |       |       |        |
| 胸部        | 胸部    |       |       |        |
| 腹部        | 肝臓    | 膵臓・胆嚢 | 副腎・腎臓 |        |
| 骨盤腔       | 子宮・卵巣 | 膀胱    | 前立腺   |        |
| 骨盤        | 骨盤骨   | 股関節   |       |        |
| 上肢        | 肩関節   | 上腕    | 肘関節   | みぎ・ひだり |
|           | 前腕    | 手関節   | 手・手指  |        |
| 下肢        | 大腿    | 膝関節   | 下腿    | みぎ・ひだり |
|           | 足関節   | 足・足趾  |       |        |
| その他       |       |       |       |        |

## ⑤臨床診断名・検査目的 その他特記事項

## ⑥返却形式 (該当する項目にチェック願います)

|   |                               |
|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> メディア (CD または DVD)                      | <input type="checkbox"/> フィルム |
| <input type="checkbox"/> 当日返却 (画像 : 検査後ご本人お渡し レポート : 貴院宛てに FAX) |                               |
| <input type="checkbox"/> 後日郵送 (画像・レポートとも貴院宛てに郵送)                |                               |

おゆみの中央病院 放射線部

千葉市緑区おゆみ野南 6-49-9

TEL : 043-300-3363

FAX : 043-300-3364

月～土曜日 (祝日除く) 9:00～18:00