CT･MRI検査依頼書

　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

|  |
| --- |
| **貴医療機関名****貴施設主治医名****㊞**連絡御担当者【　　　　　　　　　】**TEL：　　　　　　（　　　　　　）****FAX：　　　　　　（　　　　　　）**　　　　 |

学校法人　東北医科薬科大学

東北医科薬科大学 若林病院

地域医療連携室　　　　　　　　　　行

TEL：022-236-5899

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 生年月日 |
| 受診者氏名 | 様 | 男　・　女 | 明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　（　　　）歳 |
| 受診者様連絡先 | 　　　　　　　　　－　　　　　　　　－　　　　　　 | 当院受診歴 | 無　・　有　・　不明 |
| 検査区分 | **CT ・ MRI**  | **その他のX線検査：** |
| 造影区分 | **単純　・　造影** | 画像の配信方法 | CD-R ・ フィルム |
| 検査部位 | 部位：　　□脳　　□頭頚部　　□胸部　　□腹部　　□骨盤部部位：　　□頚椎　　□胸椎　　□腰仙椎　　□上肢　　□下肢部位：　　□血管系　　□MRA　　□MRCP　　□その他（　　　　　　　　　 ）＊CTは頭頚部～骨盤の複数部位選択可。MRIは一部位のみ、但し脊椎は複数部位可です。 |
| 病名 |  |
| 【検査目的・既往歴・経過等】　　　□ 診療情報提供書添付 |
| 確認項目 | 妊娠：□有　□無 | ペースメーカー：□有　□無 | 埋込金属：□有　□無(　　　　　　　　　　　　　　) | 入れ墨 ・ アートメイク：□有　□無 |
| **造影を受ける方は必ず、****ご記入ください** | ヨード過敏症：□有　□無 | 喘息既往：□有　□無 | 重篤な甲状腺疾患：□有　□無 |
| 腎機能障害：□有　□無 | 血清クレアチニン値： 　　　　　　　　　　　　　mg/dl　(測定日 　　　年　　　月　　　日) |
| ビグアナイド(BG)類の内服(メデット、メトグルコ、ジベトス 等)　：　□有　□無 |
| 検査予約希望日□交通案内添付希望 | 第一希望日：　　　　　　　　月　　　　　　　　日　　　　　曜日（　　AM　　・　　PM　　）第二希望日：　　　　　　　　月　　　　　　　　日　　　　　曜日（　　AM　　・　　PM　　）※造影検査は午後のお時間帯でのご予約となります。※検査結果のお渡しまで3-4日程度(土日祝除く)お時間を頂戴いたします。予めご了承ください。 |

FAX：022-236-5920(予約受付時間 平日8：30～17：00)

※時間外・休日のお申込みについては、翌診療日の御返事となります。

　現在の患者様の状況：　□ 貴院にて予約票待ち　　□ 後日予約票お渡し　　□ 外出中　　□ その他（　　　　　　　　　）