

呉羽総合病院 撮影依頼書 兼 画像診断依頼書

ふりがな 患者氏名  (男・女)	検査予約日 年 月 日
	紹介元 医療機関名
生年月日 年 月 日 (才)	紹介元 医師名
患者住所 (〒 - )	
電話番号	検査予定日 年 月 日 時 分

読影レポートを希望しますか	( はい ・ いいえ )	※「はい」の場合は保健証持参で来院願います
---------------	--------------	-----------------------

検査方法	検査手技
<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 単純のみ <input type="checkbox"/> 造影のみ <input type="checkbox"/> 単純+造影

身長	cm	体重	kg	結果報告	CD-Rで提供します。
----	----	----	----	------	-------------

造影剤を使用する場合は血清クレアチニン値とe-GFR値の測定が必要です。

<b>条件</b>	3ヶ月未満の採血結果でe-GFR30ml/min/1.73m <sup>2</sup> 未満の場合、造影検査は行いません。 心疾患の患者様は血清クレアチニン値が1.7ml/dl以上の場合、造影検査は行いません。
<b>注意</b>	ビグアナイド系糖尿病薬は 検査前48時間から検査後48時間の服用を禁止して下さい。(造影CT検査のみ) 造影剤使用検査を行った授乳中の患者様は検査終了後、48時間 授乳をお避け下さい。

検査部位		✓ を付けて下さい
頭部	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭部+MRA <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 鼻骨 <input type="checkbox"/> 内耳 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 唾液腺(耳下腺・顎下腺・舌下腺)	
頸部	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸部MRA <input type="checkbox"/> 甲状腺	
胸部	<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 胸骨 <input type="checkbox"/> 肋骨 <input type="checkbox"/> 胸部大動脈 <input type="checkbox"/> 胸腹部(腎まで) <input type="checkbox"/> 胸腹部(骨盤腔まで)	
腹部	<input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 上下腹部 <input type="checkbox"/> 肝臓Dynamic(CT) <input type="checkbox"/> 膵臓Dynamic(CT) <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 肝臓EOB(プリモビスト) <input type="checkbox"/> 腹部CTA <input type="checkbox"/> 腎・副腎 Dynamic(CT) <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣	
上肢	撮影部位 ( 右 ・ 左 )    いずれか○を付けて下さい <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 上腕部 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 前腕部 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 手指	
下肢	撮影部位 ( 右 ・ 左 )    いずれか○を付けて下さい <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 大腿部 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 下腿部 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 足指 <input type="checkbox"/> 下肢動脈CTA(造影あり)	
椎体系	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎腰椎移行部 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎 <input type="checkbox"/> 尾骨	

傷病名
臨床情報(病状経過および検査目的)