

画像診断検査依頼書

大牟田市立病院 中央放射線部 行

<依頼日>

年 月 日

<直通FAX> 0944-53-6947

<TEL> 0944-53-1061 (代)

【紹介元】 医療機関名		担当医師名	
電話番号		FAX番号	

※該当する項目に、を入れてください。

希望する検査	<input type="checkbox"/> C T <input type="checkbox"/> M R I <input type="checkbox"/> R I	造影の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	緊急性の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ※急ぎの時はTELにてご連絡下さい。
	撮像部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 軟部 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎、胸椎、腰椎、全脊椎) <input type="checkbox"/> DWIBS (全身検査) <input type="checkbox"/> 特殊撮影 (Dynamic、HRCT、MRCP、MRA等)			<input type="checkbox"/> 骨盤部
受診希望日	① 月 日 (曜日) ② 月 日 (曜日)	都合が悪い日	X	月 日 (曜日)	

フリガナ		性別	男 ・ 女
患者氏名		生年月日	< 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 > 年 月 日 (歳)
現住所	〒	電話番号	
患者病歴 (依頼内容)			

【チェック項目】 ※該当する項目に、を入れてください。

腎機能異常	Cre= eGFR=	※3ヶ月以内の測定値を記入して下さい。
ビグアナイド系 糖尿病薬の内服	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	※ヨード造影剤使用時はビグアナイド系糖尿病薬の休薬をお願いします。 *45≤eGFR：検査当日と後2日間の休薬 *30≤eGFR<45：検査当日と前後2日間の休薬 *eGFR<30：造影禁忌
アレルギー歴	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	
ぜんそく	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	
体内金属	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	※有 ⇒ (部位：)