

診療情報提供書

検査予約申込書

長崎県 対馬病院

令和 年 月 日

紹介先医療機関名

医療機関名

長崎県対馬病院

医療機関住所

地域連携室 御中

科 医師名

印

0920-54-7172へ申込TELの上、0120-765-191

までFAX下さい折り返し予約票をお送り致します

電話( )

FAX( )

フリガナ 患者氏名 生年月日 年 月 日 住所 〒 電話番号 ( ) 紹介目的 MRI CT 他の検査 主訴・傷病名 既往歴・家族歴 薬剤アレルギー 症状経過,治療経過 特段の御要望がありましたら御記載下さい

造影に関するチェック事項 1. 造影剤による副作用履歴: [ ] 無し [ ] 有り (具体的現象 ) 2. 腎機能: [血清クレアチニン値 mg/dl 検査日 年 月 日 ] 3. アレルギー歴: [ ] 無し [ ] 有り 4. 喘息: [ ] 無し [ ] 有り 5. 造影CT検査の場合は、ビッグアナイド系糖尿病薬の投与: [ ] 無し [ ] 有り 検査前々日から翌々日迄の休薬が必要です。 ※食事を検査の3時間前までにお済ませ下さい。(水分制限はありません)

MRI チェック必要項目 脳動脈瘤クリップ [ ] 無し [ ] 有り 脳-スーマー [ ] 無し [ ] 有り 体内金属 [ ] 無し [ ] 有り 仰臥位安静1時間 [ ] 可 [ ] 不可 造影希望 [ ] 有り (上記造影チェック項目必須) [ ] 無し 頭部 [ ] 脳 [ ] 脳+MRA [ ] 脳+VA-BA [ ] 眼窩・咽頭・副鼻腔 頸部 軀幹 [ ] 胸部 [ ] 腹部 [ ] 上腹部 [ ] MRCP [ ] 骨盤 [ ] 大動脈 乳房 ( [ ] 左 [ ] 右 ; 造影チェック項目必須) 脊柱 [ ] 頸椎 [ ] 胸椎 [ ] 胸腰移行部 [ ] 腰椎 [ ] 仙骨 四肢 ( [ ] 右 [ ] 左 ; 片方づつしか行えません) [ ] 肩 [ ] 上腕 [ ] 肘 [ ] 前腕 [ ] 手首 [ ] 手・指 [ ] 股関節 [ ] 大腿 [ ] 膝 [ ] 下腿 [ ] 足首 [ ] 足 その他 { } CT 一般CT撮影 造影希望 [ ] 有り (上記造影チェック項目必須) [ ] 無し [ ] 脳 [ ] 頸部 [ ] 胸部 [ ] 上腹部 [ ] 骨盤部 [ ] 全腹部 胸部+上腹部 [ ] DIC-CT [ ] 四肢 (部位 ) [ ] 左 [ ] 右 [ ] その他 (具体的に ) 脈管系 (上記造影チェック項目必須) CT [ ] 胸腹部大動脈 [ ] 冠動脈+心機能解析 [ ] 大動脈~下肢動脈 [ ] 頭蓋CTアンギオ その他 (部位: ) [ ] X線撮影 [ ] マンモグラフィ [ ] 骨密度測定 [ ] スパイロ