

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: [e-GFR ml/min 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)

チェック必要項目 脳動脈瘤クリップ 無し 有り 脳-スメーカ 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 [] 上腹部 [] 下腹部 [] 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 ; 片方ずつしか行えません) [] 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