

画像診断検査依頼書

フリガナ 患者氏名		紹介 元 医 療 機 関	名称
生年月日	年 月 日 (才)		所在地 〒
性別	男 ・ 女		電話番号 (- -)
連絡先	- - (日中連絡の取れる 電話番号)		ご担当医師名 印

神奈川県リハビリテーション病院への来院歴 無 ・ 有 (診察券番号:)

予約日時	月	日	時	分	身長	体重
					cm	kg

依 頼 検 査	C T	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部・骨盤部 <input type="checkbox"/> 脊椎() <input type="checkbox"/> その他()	妊娠中・妊娠の可能性
	MR I	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 脊椎() <input type="checkbox"/> 関節() <input type="checkbox"/> その他()	
	核医学	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 腫瘍(Ga)シンチ <input type="checkbox"/> 脳血流シンチ <input type="checkbox"/> その他()	
	骨密度	<input type="checkbox"/> 腰椎・両大腿DEXA法	
	※具体的な依頼内容・検査目的をできるだけ詳しくご記入ください		
			(有の場合、検査不可)

造影	<input type="checkbox"/> 単純のみ <input type="checkbox"/> 造影あり → 下記事項のチェックをお願いします。(必須)	
● 造影剤アレルギー歴	無 ・ 有 検査名()	有の場合、同一系の造影検査不可
● ぜん息	無 ・ 有	有の場合、造影検査不可
● 腎機能障害	無 ・ 有 eGFR値()	eGFR値30未満や透析中の方は造影検査不可
● 甲状腺機能亢進症	無 ・ 有	有の場合、CT造影検査不可
● 糖尿病薬服用中	無 ・ 有 薬品名()	腎機能と薬品によりCT造影不可の場合あり

MRI検査の確認事項	MRIを依頼される場合は、下記事項のチェックをお願いします。(必須)
● 心臓ペースメーカー・除細動器・人工内耳中耳・神経刺激装置	無 ・ 有 ※有の場合、検査不可
● 体内金属 (動脈クリップ、ステント、人工関節、固定プレート等)	無 ・ 有 <input type="checkbox"/> MRI対応確認済み
具体的に []	<input type="checkbox"/> 患者同意済み
● 刺青・アートメイクなど (部位により火傷・変色の可能性あり)	無 ・ 有 <input type="checkbox"/> 患者同意済み
● 閉所恐怖症	無 ・ 有 <input type="checkbox"/> 患者同意済み
※体内金属の MRI対応可否 については、あらかじめ確認の上、患者さまの同意を得てから依頼してください。 対応未確認または不明の場合、部位によっては検査ができませんのでご了承ください。	

通信欄
