

診療情報提供書(検査依頼書)

公立藤岡総合病院

作成日 年 月 日

科 先生

紹介元医療機関

検査希望

(CT・MRI・RI・放射線治療・骨密度・X-P)

医師氏名 _____

年 月 日 AM・PM 時 分

フリガナ		性別	生 年 月 日	年齢
患者氏名		男・女	明・大 昭・平 年 月 日	才
住所	市 町 番地	電話		
体重	kg	※造影検査での造影剤使用量や、MRI での出力の目安として用います。		

検査部位

- 脳 頭頸部 頸部 胸部 腹部 骨盤部 上肢 下肢
頸椎 胸椎 腰椎 【RI】骨シンチ PET-CT 【放射線治療】診察

造影剤使用の有無

- 無 有

感染症の有無

- 無 有 HBV、HCV、HIV、ワ氏、その他（ ）

検査の前処置

- CT : 造影剤を使用する場合には、直前食を食べないで下さい。飲水（水かお茶）は推奨されます。
MRI : 腹部・骨盤内臓器を撮影する時のみ、造影有無に関わらず直前食は控えて下さい。その他は、造影であっても食事制限はありません。飲水（水かお茶）は可能です。
RI : 骨シンチは午後検査前の排尿のみです。午前の注射前は特にありません。

【重要】CT・MRI・PET-CT 検査においては、必ず当院指定の同意書を作成し、この診療情報提供書と一緒に FAX して下さい。

臨床診断・依頼目的・撮影指示（具体的に）

公立藤岡総合病院（代表）
患者支援センター（直通）

TEL:0274-22-3311
TEL:0274-22-6039 FAX:0274-24-7002

MR I 検査 問診票・同意書

	ペースメーカー・体内自動除細動器・人工内耳・神経刺激装置を装着していますか？	
1	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	【MR I 非対応・不明】	【条件付MR I 対応カード所持】
	【循環器内科受診をしていただき、検査可能の可否を判断させていただきます】	
	検査中止	以下の質問にお答えください
2	体内に上記以外の金属は埋め込まれていますか？	
	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ	
	(クリップ・コイル・ステント・人工弁・静脈フィルタ・シャント・人工関節・刺青・義眼・インプラント その他 _____)	
	材 質：【MR I 対応・MR I 非対応・不明】	製造元：【 _____ 】
	部 位：【 _____ 】	時 期：【 _____ 】
3	閉所恐怖症はありますか？	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
4	妊娠中またはその可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ
	※ 妊娠中の場合は、(遺影希望の場合はそちらも含め) 当院放射線診断科医師との検討をお願いします。	

以下は造影検査依頼の場合のみ、お答えください。

5	造影剤検査での副作用歴はありますか？	<input type="checkbox"/> 不明 ・ <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
6	気管支喘息はありますか？	<input type="checkbox"/> 以前あった ・ <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
	※現在治療中の場合は、当院放射線診断科医師との検討をお願いします。	
7	e-GFR 値：【 _____ mL/min/1.73 m ² 】 採血日：【 _____ 年 _____ 月 _____ 日】	
	※出来るだけ検査日に近い日付 (最低でも3ヶ月以内) の採血データをお願いします。	
	※e-GFR 値が 45 未満の場合、前処置や代替検査など、当院放射線診断科医師と事前相談をお願いします。	
8	造影剤副作用／その時の症状と対応：【 _____ 】	
9	<input type="checkbox"/> 未実施 公立藤岡総合病院で腎機能検査を希望する。	

上記各項目に対するリスク及び別紙【MR I 検査をお受けになる方へ】について説明を受け、検査を受けることに同意します。

年 月 日

患者氏名 _____

親族または代理人署名 _____

続柄 (父・母・配偶者・子・その他 _____)

担当看護師 _____

診療放射線技師 _____

上記各項目に対するリスクを検討した上で、今回のMR I 検査を行うと判断します。

担当医師 _____

※本用紙は、3ヶ月間の同一検査について有効とします。

※同意された場合でも撤回することができます。

公立藤岡総合病院

TEL:0274-22-3311(代)

患者支援センター (直通)

TEL:0274-22-6039 FAX:0274-24-7002