

CT・MRI 検査申込書

※お申し込みは「地域医療連携室」「高機能診断センター」どちらでも出来ます。

【患者基礎情報】

ふりがな.....
氏名 _____ (男・女)
生年月日 ^{M・T} _____ 年 ^{S・H} _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)
住所 [] [] - [] []
TEL _____ ()

【紹介元】

紹介日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
医療機関名 _____
医師名 _____
TEL _____ ()
FAX _____ ()

【検査種別】 (□にチェックを入れて下さい)

- 単純撮影 CT MRI
 造影撮影 CT 冠動脈 CT MRI

【傷病名】 () 【現在入院中】 (□である □でない)
【検査部位】 () *左右どちらかも必ずご記入下さい。
【希望日】 いつでも良い 希望日 (① _____ ② _____) 不都合日 (① _____ ② _____)
【診療情報提供書】 (貴院の書式(別紙)でもかまいません)

◎造影撮影の方は以下の質問にお答えください

【重要】造影検査を希望された場合でも、当院で危険と判断した場合には、造影検査を行わない場合がありますのでご了承ください。

① CT・MRI 共通の質問

- 腎機能異常 (有り・無し) Cr () (わかれば) 喘息 (有り・無し)
 造影剤によるアレルギー (有り・無し) → 「有り」の場合は、その症状を下記にお書きください
()

② CT・冠動脈CTをお申し込みの方の質問

- ビグアナイド系糖尿病薬の服用 (有り・無し) 甲状腺機能亢進症 (有り・無し)
(「有り」の場合、こちらから休薬確認書を FAX しますのでご説明をして頂き、ご署名後に改めて FAX をお願い致します)

③ 冠動脈CTをお申し込みの方の質問

【枠内の項目全てに該当しないと、冠動脈CTはできません】

- 呼吸止めを10秒以上できる 両上肢が挙上できる ヨード造影剤を使用できる
 通常、安静時心拍数80bpm以下である 心房細動はない
 ペースメーカーは装着していない 除細動器は装着していない

- ニトロールスプレイの使用 (可・不可)

【β遮断薬の禁忌】

- なし → βブロッカー服用 (可・不可)
 あり → 下記に該当する場合などチェックをお願いします
○徐脈性不整脈(ペースメーカーなし) ○気管支喘息(既往を含む)
○末梢循環不全(間欠性跛行、レイノー病など) ○異型(冠れん縮性)狭心症
 β遮断薬を定期内服中 → 検査当日内服 (可・不可)

【治療歴】 (わかる範囲でご記入ください)

- 冠動脈バイパス術後
○左内胸動脈(LITA) ○右内胸動脈(RITA) ○静脈グラフト(SVG)
○橈骨動脈グラフト(RA) ○胃大網動脈グラフト(GEA) ○左回旋枝(LCX)
 ステンント留置術後 (ステント詳細: _____)
○左前下行枝(LAD) ○右冠動脈(RCA) ○左回旋枝(LCX) ○その他 ()