

CT・MRI 検査申込書

※患者間違いを防ぐために当院「受診歴の有無」「患者ID」を出来るだけ記載いただくようご協力お願いいたします。

【患者情報】

↓当院の患者IDが分かれば記載してください

当院の受診歴: 無・有 → 患者ID(- -)

ふりがな

氏名 _____ (男・女)

生年月日 ^{M・T} _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____ 歳)

住所 -

(TEL _____)(携帯 _____)

【紹介元】

紹介日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

医師名 _____

TEL _____ (_____)

FAX _____ (_____)

外来患者の紹介 入院中の患者の紹介

【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】 (_____)

【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

↓造影の場合はCrかeGFRどちらかの3ヶ月以内の値を必ず記入してください。()内に検査日を記入してください。

腎機能異常(有り・無し) Cr (_____ 年 _____ 月 _____ 日) eGFR (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

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(_____)