

診療情報提供書 (検査依頼票)

医療法人社団三喜会 横浜新緑総合病院

2 紹介元医療機関名
(紹介元所在地)

電話番号

診療科

ご担当医師名

1

フリガナ

氏名

生年月日

性別

男・女

連絡先(日中連絡がとれる電話番号)

TEL

携帯・自宅・勤務先

3 検査予約日時

月 日 曜日 午前・午後 時 分 予約

4 検査区分

MRI CT DEXA (腰椎・大腿骨) その他()

5 検査部位

- 頭部(MRI+MRA・下垂体・聴器・副鼻腔・眼窩)
- 頸部(頸動脈・甲状腺・)
- 脊椎(頸椎・胸椎・腰椎・仙椎)
- 胸部(肺・縦隔)
- 腹部(肝・胆・膵・腎・副腎)
- 骨盤(子宮・卵巣・前立腺・膀胱)
- (ひだり・みぎ) (肩・肘・手関節・手)
- (ひだり・みぎ) (股関節・膝・足関節・足)
- その他()

6 疾患名または臨床診断

検査目的、既往歴・及び家族歴・症状の経過及び検査結果・治療経過等

7 造影区分(CT、MRI)

無(単純のみ) 有(単純+造影) 一任

- アレルギー(ヨード)、喘息、妊娠、Crの値が高い方は不可
- 透析治療中はMRI不可、CT要電話連絡
- ※腹部や造影検査の方・・・検査3時間前より食事制限あり(お水・お茶は可)

8 ※造影区分 → 「有」または「一任」の場合

- 喘息の既往 (有・無)
(小児喘息は除く) 有の場合は造影禁忌
 - 腎機能 クレアチニン (mg/dl)
 - 感染症 (有・無・不明)
 有の場合の名称()
 - 造影の承諾 (有・無)
- ※ご担当医師より造影の説明を宜しくお願い致します。

9 検査前の確認事項

MRI	心臓ペースメーカー	(無・有) 有の場合は検査ができません。
	人工内耳	(無・有) 有の場合は検査ができません。
	脳動脈クリップなどの体内クリップ	(無・有) MR対応品のみ可。
	その他の体内金属	(無・有) 有の場合は検査ができない場合があります。応相談。
共通	妊娠初期3ヶ月以内、妊娠の可能性	(無・有) 有の場合、原則検査不可。応相談。
CT MMG	心臓ペースメーカー(メドトロニック社製)	(無・有) 有の場合は検査ができない場合があります。応相談。
	体内埋め込み型除細動器(全メーカー)	(無・有) 有の場合は検査ができません。

予約TEL & FAX

放射線科直通： 045-984-2474

よこはましんみどりそうごうびょういん

医療法人社団三喜会 横浜新緑総合病院