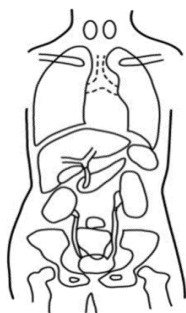


魚沼市立小出病院 CT・MRI 検査依頼兼指示書 (FAX 送信票)

| | | |
|------|--|--------------|
| 患者氏名 | | 記入日：令和 年 月 日 |
|------|--|--------------|

| | | |
|-----------------------|-----|---|
| 検査種別 □ CT □ MRI | □単純 | <input type="checkbox"/> 単純＋造影 →→→造影の時、eGFRが必須となります <input type="checkbox"/> 造影のみ <input type="checkbox"/> 自院で検査済 (eGFR値=) <input type="checkbox"/> 未実施のため小出病院で検査が必要 ※ 造影検査は9:30以降 (午前のみ) です。 |
|-----------------------|-----|---|

【病歴および検査指示 (部位、目的など)】〈必ず、ご記入ください。〉



|  必ず○印を記してください | 頭部 | 頸部 | 胸部 | 腹部 | 骨盤腔 | 脊椎 | その他 |
|---|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------|-------------------------------------|---------------------------|------------------|-----------|
| | 脳 内耳孔 トルコ鞍 眼窩 副鼻腔 MRA | 頸椎 頸部 甲状腺 咽・喉 頭 MRA | 縦隔 肺・胸膜 肩関節 | 肝・脾 胆のう 膵 腎 消化管 MRCP | 子宮・卵巣 前立腺 膀胱 股関節 | 胸椎 腰椎 仙・尾骨 | 四肢 () |

チェック項目

| | 有り | 無し |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ・ペースメーカー・除細動器など | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・心臓人工弁 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・その他体内金属 (インプラント (人工血管・四肢・歯など)) () | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・妊娠 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・痛み止め等の処置 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・疼痛、閉所恐怖症等 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・腎臓機能障害 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ・検査にかかわる重要な注意事項 () | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

※チェック項目に対する検査の可否 (施行してよい場合は○を記してください)

CT 施行可

MR 施行可

指示医師名：