

検査依頼書（診療情報提供書）

紹介先医療機関名
医療法人社団 松井病院

紹介元医療機関名

担当医師名

フリガナ				生年月日
患者氏名	(男・女)	T・S・H・R	年	月 日 (歳)
住所	TEL :			

検査名/部位/撮影方法を下記項目から選択して○で囲んでください。

MRI	検査部位				
	頭頸部	頭部・副鼻腔・内耳道・頸部・甲状腺 その他：			
	体幹部	MRCP・肝臓・膵臓・腎臓・膀胱・前立腺・子宮・卵巣・骨盤腔・その他：			
	脊椎	頸椎・胸椎・胸腰椎移行部・腰椎・仙骨・尾骨・骨盤骨・その他：			
	上肢	肩関節・上腕部・肘関節・前腕部・手関節・手部・手指(第 指)	(右・左)		
	下肢	股関節・大腿部・膝関節・下腿部・足関節・足部・足指(第 指)	(右・左)		
	血管系	頭部MRA・頸部MRA・胸部MRA・腹部MRA・下肢MRA・下肢MRV・その他：			
	その他				
	造影検査の有無				
	造影希望	有・無	撮影希望	単純・造影	血清Cr値 mg/dl
【必須】確認事項 (注) 当院ではMRI対応型でも対応できない場合もございます。ご不明時にご連絡ください。					
○ペースメーカー類の挿入 ※ICD/CRT-Dなども		有・無	○心臓人工弁		有・無
○脳動脈クリップ ※V-P/L-Pシャントなど含め		有・無	○内視鏡クリップ等の止血クリップ		有・無
○冠動脈ステント(術後3週間以内は検査不可)		有・無	○人工内耳等		有・無
○大動脈ステントグラフト		有・無	○その他体内金属()		有・無
備考：【有】の場合、検査実施の判断をお願いいたします。 MRIの実施を許可する <input type="checkbox"/>					
CT	検査部位				
	頭部・頸部・胸部・腹部・腹部～骨盤・骨盤腔・その他 ()				
	造影検査の有無				
	造影希望	有・無	撮影希望	単純・造影	血清Cr値 mg/dl
	【必須】CT検査同意書				
	【CT検査・医療放射線について】				
	X線とコンピューターを使用し、体内の断面を撮影することで病気の発見・診断に役立つ検査です。CT検査そのものに痛み等なく安全な検査です。検査時間は、部位や目的により異なりますが、おおよそ10分～20分程度となります。また、CT検査では連続したX線(放射線)を用いるため、 やや高い被ばくを伴います。 被ばく量は検査部位により異なり、おおよそ3～12mSv程度となります。 放射線障害が発生する被ばく線量より、はるかに低いものですが、僅かながらリスクを伴います。特に 妊娠中又は、妊娠している可能性のある方は、検査前に主治医にご相談ください。				
	私は、CT検査の必要性和その内容、検査に伴うリスクなどについて十分な説明を受け、理解しましたので その実施を同意します。				
			同意日：	年	月 日
			ご本人氏名：		
		未成年の場合、保護者の氏名：			
XP	検査部位 () ・骨密度 詳細指示 (方向数) :				
主訴、病名、紹介目的、症状経過、治療経過、検査結果、処方など					