

		患者名	～委託検査申込用紙～ 放射線画像検査																				
		性別 (男 ・ 女)																					
		生年月日 年 月 日																					
(公立福生病院使用欄)		年齢 才																					
検査目的 (詳細に) 注) 食事について (CT・MRI検査) <input checked="" type="checkbox"/> 単純撮影の場合は食事制限なし <input checked="" type="checkbox"/> 造影撮影の場合は禁食 (水分は可) <input checked="" type="checkbox"/> 腹部の場合は単純、造影問わず禁食		検査日: 20 年 月 日 ()																					
		時 分 頃																					
		委託施設名																					
		依頼医師名																					
		◆造影剤使用時チェック (CT・MRI検査)																					
		<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>無</th> <th>有</th> <th>備考</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>・腎機能障害</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>・喘息</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>・糖尿病</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>・造影剤アレルギー歴</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>()</td> </tr> </tbody> </table>			無	有	備考	・腎機能障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()	・喘息	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()	・糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()	・造影剤アレルギー歴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()
	無	有	備考																				
・腎機能障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()																				
・喘息	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()																				
・糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()																				
・造影剤アレルギー歴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()																				
		※造影剤使用の際は腎機能を添付してください ※造影剤使用の場合は腎機能を添付してください 血清クレアチニン値 (_____ mg/dl) 3ヶ月以内のもの 上記値の検査日 (年 月 日) 注) 造影剤使用は適宜判断で行う場合があります																					
コロナワクチン接種 <input type="checkbox"/> 有 (直近の日付: 20 年 月 日) <input type="checkbox"/> 無																							
※妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																							
※造影剤使用時は右のチェック欄と別途同意書の記入をお願いします																							
★CT検査 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影		◆CT体内デバイスチェック																					
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 聴器 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 椎体/脊髄 (頸椎・胸椎・腰椎) <input type="checkbox"/> 四肢・関節 () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 歯 (インプラント)		※ 挿入部はスキャンできない場合があります <input type="checkbox"/> ペースメーカ <input type="checkbox"/> 神経刺激装置 <input type="checkbox"/> 植込み型除細動器 <input type="checkbox"/> その他 ()																					
★MRI検査 (複数不可) <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影		◆MRI金属チェック																					
右記のチェックをお願いします チェックの内容によっては検査が出来ない場合があります <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 聴器 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 椎体/脊髄 (頸椎・胸椎・腰椎) <input type="checkbox"/> 四肢・関節 () <input type="checkbox"/> 下肢動脈MRA <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 肝EOB <input type="checkbox"/> その他 ()		※以下の場合は検査できません (禁忌) <input type="checkbox"/> ペースメーカ <input type="checkbox"/> 神経刺激装置 <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> 植込み型除細動器 <input type="checkbox"/> 皮膚拡張器 (エキスパンダー) ※以下の場合はお問い合わせください <input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ <input type="checkbox"/> 刺青 <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 磁性体式義歯 <input type="checkbox"/> カラーコンタクト <input type="checkbox"/> スリット・体内金属 <input type="checkbox"/> 磁性体避妊具 (IUD) <input type="checkbox"/> 義眼、義肢 <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 以上の金属等無し (備考)																					
特殊撮影 (Brain-MRA ・ VSRAD ・ MRCP)																							
★マンモグラフィ		注) 上記各項目にチェックがない場合 検査できない事があります																					
<input type="checkbox"/> ルーチン2R (C.C&MLO) <input type="checkbox"/> ルーチン1R (MLO) <input type="checkbox"/> R-C.C <input type="checkbox"/> L-C.C <input type="checkbox"/> R-MLO <input type="checkbox"/> L-MLO																							
★歯科撮影 <input type="checkbox"/> パントモグラフィ																							
★骨密度 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 右大腿骨頸部 <input type="checkbox"/> 左大腿骨頸部																							
★核医学検査含 <input type="checkbox"/> 脳血流シンチ <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> Datスキャン <input type="checkbox"/> 心筋交感神経シンチ (MIBG) <input type="checkbox"/> その他 () ※放射性医薬品発注の為 事前の連絡が必要です		◆検査データの種別 <input type="checkbox"/> メディア (CD-R) <input type="checkbox"/> フィルム ※ チェックがない場合はCD-Rとなります																					