

# 画像検査予約申込書 兼 診療情報提供書

年 月 日

(紹介先医療機関名)  
 国立病院機構 福岡東医療センター  
 放射線科担当医

放射線科直通  
 TEL・FAX共通  
 (092) 944-6463

(紹介元医療機関の所在地及び名称)

医療機関名 \_\_\_\_\_  
 医師氏名 \_\_\_\_\_  
 住 所 〒 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

フリガナ		性別	男 女
患者氏名		生年月日	
患者住所	〒 電話番号:		
依頼検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> RI		
検査日時	年 月 日 ( ) 時 分		
MRI特記事項 (MRI検査のみ記載)	1. 脳動脈クリップ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無    2. 体内金属 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 3. 心臓 <sup>ハ</sup> -スモーカー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無    4. 閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 5. 手術歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無    6. 臥位での安静 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
出力媒体	<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> 不要		
検査部位		読影	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
造影希望	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
造影特記事項 (造影希望の場合のみ記載)	1. 造影剤使用歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 副作用歴 <input type="checkbox"/> 有 (症状: _____) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 2. アレルギー歴 <input type="checkbox"/> 有 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 3. ぜんそく <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 4. 感染症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 5. 妊娠 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 6. クレアチニン値 ( _____ ) mg/dl (検査日 年 月 日) 7. ビグアナイト系 <input type="checkbox"/> 有 (造影CT検査前1回と検査後48時間服用中止) <input type="checkbox"/> 無 糖尿病薬を服用		
傷病名			
症状・治療経過			
検査目的 (依頼内容)			
現在の処方			
備考			