画像診断検査依頼書

**大牟田市立病院　中央放射線部　行**

＜依頼日＞　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

**＜TEL＞　０９４４－５３－１０６１（代）**

**＜直通FAX＞　０９４４－５３－６９４７**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **【紹介元】****医療機関名** |  | **担当医師名** |  |
| **電話番号** |  | **FAX番号** |  |

**※該当する項目に、☑を入れてください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **希望する検査** | □　C　T□　M R I□　R　I | **造影の有無** | **緊急性の有無** |
| □　有　・　□　無 | □　有　・　□　無**※急ぎの時はTELにてご連絡下さい。** |
| **撮影部位** | □頭部　　　□頸部　　　□胸部　　　□上腹部　　　□骨盤部□骨　　　　□軟部　　　□四肢　　　□その他□脊椎（頸椎、胸椎、腰椎、全脊椎）□DWIBS（全身検査）□特殊撮影（Dynamic、HRCT、MRCP、MRA等）**※ 心臓領域は除く** |
| **受診希望日** | ①　　　　月　　　　日（　　　曜日）②　　　　月　　　　日（　　　曜日） | **都合が悪い日** | **×**　　　　月　　　　日（　　　曜日） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | **性　別** | 男　　・　　女 |
| **患者氏名** |  | **生年月日** | ＜　明　・大　・昭　・平　・令　＞年　　　月　　　日（　　　歳） |
| **現住所** | **〒** | **電話番号** |  |
| **患者病歴****（依頼内容）** |  |

**【チェック項目】**

**※該当する項目に、☑を入れてください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **腎機能異常** | Cre= | ※3ヶ月以内の測定値を記入して下さい。 |
| eGFR= |
| **ビグアナイド系****糖尿病薬の内服** | □　有　・　□　無 | ※ヨード造影剤使用時はビグアナイド系糖尿病薬の休薬をお願いします。＊45≦eGFR：検査当日と後2日間の休薬＊30≦eGFR＜45：検査当日と前後2日間の休薬＊eGFR＜30：造影禁忌 |
| **アレルギー歴** | □　有　・　□　無 |  |
| **ぜんそく** | □　有　・　□　無 |  |
| **ペースメーカー** | □　有　・　□　無 |  |
| **体内金属** | □　有　・　□　無 | ※有　⇒（部位：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |