

MRI・CT・RI・骨密度 検査申込書

平成 年 月 日

紹介先医療機関名

日本赤十字社長崎原爆病院

放射線科 先生

医療機関名

〒852-8511

所在地

長崎市茂里町 3-15(代) TEL 095-847-1511

FAX番号

内線 CT・骨密度 1430 MRI1431 RI1184

病診連携室(直通) TEL 0120-845-261

医師名

FAX 0120-845-262

| | | | | |
|-------|-------------|-----|------|---------|
| フリガナ | | | | 明・大・昭・平 |
| 患者氏名 | | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 |
| 住所 | 〒 | | | TEL () |
| 受診希望日 | 年 月 日 (曜日) | | | |
| 備考 | | | | |

検査申込書をご記入の上、FAXでお申し込み下さい。当院より予約日についてお電話させていただきます。また、診療情報提供書は申し込み当日中に病診連携室までFAXしていただき、印鑑を押していただいた原本は、当日患者さまにご持参いただいで下さい。

| | |
|-------|--|
| MRI | <p>撮像部位を選んで下さい。(MRI検査は原則1検査1部位のみ)</p> <p>造影の希望 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p><input type="checkbox"/>頭部 <input type="checkbox"/>頸部 <input type="checkbox"/>胸部 <input type="checkbox"/>上腹部 <input type="checkbox"/>骨盤 <input type="checkbox"/>乳腺(造影推奨)</p> <p>脊椎 (<input type="checkbox"/>頸椎 <input type="checkbox"/>胸椎 <input type="checkbox"/>腰椎) 四肢 (<input type="checkbox"/>肩 <input type="checkbox"/>肘 <input type="checkbox"/>手 <input type="checkbox"/>股関節 <input type="checkbox"/>膝 <input type="checkbox"/>足)</p> <p><input type="checkbox"/>その他部位: _____</p> <p>※検査目的の詳細や撮像内容への要望(例えばMRAやMRCPの撮像依頼など)については診療情報提供書に記載して下さい。記載が無い場合は検査目的に応じて当院放射線科医の判断で撮像内容を決定致します。</p> <p>※MRI検査前チェックシートの作成が必要になります。</p> <p>※造影有の場合は別途MRI用造影剤に関する説明書・同意書の作成が必要になります。</p> |
| CT | <p>撮像部位を選んで下さい。</p> <p>造影の希望 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p><input type="checkbox"/>頭部 <input type="checkbox"/>頸部 <input type="checkbox"/>胸部 <input type="checkbox"/>腹部 <input type="checkbox"/>骨盤 <input type="checkbox"/>その他部位: _____</p> <p>※造影有の場合は別途ヨード造影剤に関する説明書・同意書の作成が必要になります。</p> |
| RI | <p><input type="checkbox"/>骨シンチ <input type="checkbox"/>甲状腺シンチ(Tc・Tl) <input type="checkbox"/>Gaシンチ <input type="checkbox"/>肺血流シンチ <input type="checkbox"/>肺換気シンチ</p> <p><input type="checkbox"/>腎シンチ(MAG3・DMSA) <input type="checkbox"/>心筋シンチ(BMIPP・MIBG・他_____) <input type="checkbox"/>副腎シンチ(MIBG)</p> <p><input type="checkbox"/>副甲状腺シンチ(MIBI) <input type="checkbox"/>脳血流シンチ <input type="checkbox"/>DATSCAN <input type="checkbox"/>オクトレオスキャン(神経内分泌腫瘍)</p> <p><input type="checkbox"/>肝アジアロシンチ <input type="checkbox"/>肝胆道シンチ <input type="checkbox"/>消化管出血シンチ <input type="checkbox"/>その他: _____</p> <p>※内用療法については095-847-1511(内線4262)にお問い合わせください。</p> <p>※心筋シンチは仰臥位で連続約20分の手の挙上ができることが必須となります。</p> |
| 骨密度測定 | <p><input type="checkbox"/>腰椎</p> <p><input type="checkbox"/>腰椎+右大腿骨 <input type="checkbox"/>腰椎+左大腿骨 <input type="checkbox"/>腰椎+両側大腿骨</p> |

持参資料(有 無)(X線フィルム・CD-R・検査結果票・その他_____)