

CT・MRI 共同利用依頼書

山鹿市民医療センター

TEL 0968-44-2185

FAX 0968-44-2242

患者情報	フリガナ			依頼施設	予約日時	令和 年 月 日 時 分
	患者名				性別	男・女
	生年月日	T・S・H・R	年 月 日		依頼施設名	
	住所				医師名	
	TEL	() -			TEL	() -
	感染症	(無・有)→内容()			FAX	() -
	来院時	(徒歩・車椅子・ストレッチャー)			検査種別	(単純・造影)
				読影依頼	(無・有)	

CT 検査 部位	頭部	頭・脳・眼窩・副鼻腔・歯科インプラント
	頸部	耳下腺・顎下腺・甲状腺・咽頭喉頭
	胸部	肺野・縦隔・心臓・(左 or 右)乳房
	腹部	肝胆膵・腎・膀胱・子宮・骨盤腔
	脊椎	頸椎・胸椎・腰椎・仙椎・胸腰椎移行部
	四肢	(左 or 右)肩・肘・手関節・手・股関節 膝・足関節・足・その他()

MRI 検査 部位	頭部	頭・脳・後頭蓋窩・眼窩・副鼻腔・MRA
	頸部	耳下腺・顎下腺・甲状腺・咽頭喉頭
	胸部	肺野・縦隔・心臓・(左 or 右)乳房
	腹部	肝・胆・膵・MRCP・腎・膀胱・子宮・卵巣・前立腺
	脊椎	頸椎・胸椎・腰椎・仙椎・胸腰椎移行部
	四肢	(左 or 右)肩・肘・手関節・股関節・膝・足関節 MRA・MRV・その他()

撮影上の希望事項・病歴・臨床診断

造影用 チェック	体重 (kg)
	アレルギー歴 (無・有)→内容()
	既往歴 (気管支喘息・心疾患・腎疾患・てんかん・その他()
	腎機能 (Cr: eGFR:)
	ビグアナイド系糖尿病薬の服用 (無・有)→CT 造影検査の方は検査日の前後 48 時間は休薬を推奨します
	造影剤副作用の既往 (副作用歴無し・副作用歴有り・使用経験無し)
	造影剤の使用 (可・不可)
その他留意事項	

山鹿市民医療センター問診医()