

診療情報提供書 (兼 放射線検査依頼票)

年 月 日

医療機関名

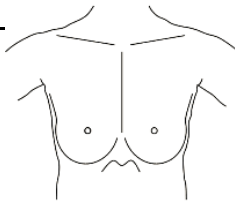
依頼医師

先生

フリガナ		性別	生年月日		
患者氏名		男・女	大・昭・平・令	年	月 日 (歳)
住 所			(電話番号) — —		
診断名・症状と検査目的					
妊娠 (+ / -) 造影剤副作用歴 (+ / -) 腎手術既往 (+ / -) 刺青 (+ / -) 血清Cr値 mg/dl 喘息 (+ / -) 薬剤アレルギー (+ / -) 動脈瘤クリップ (+ / -) 身長 cm 体内の金属 部位: 感染症 (+ / -) ペースメーカー (+ / -) 閉所恐怖症 (+ / -) 体重 kg 材質:					
検査結果希望媒体 : <input type="checkbox"/> CD/DVD <input type="checkbox"/> フィルム ※RI・MMG・骨密度は電子媒体でのお渡しとなります					

検査予約日: 年 月 日 () 時 分

□ C T	□単純	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 大動脈 <input type="checkbox"/> 四肢 () <input type="checkbox"/> 3D-CT (脳血管・頸動脈・心臓・骨・下肢動脈) <input type="checkbox"/> その他 ()	
	□造影		
□ M R I	□単純	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 関節・四肢 () <input type="checkbox"/> 乳腺 (右・左) <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> その他 ()
	□造影		
□ R I	<input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> Ga <input type="checkbox"/> 脳血流 <input type="checkbox"/> Dat Scan <input type="checkbox"/> 唾液腺 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 副甲状腺 <input type="checkbox"/> 肺血流 <input type="checkbox"/> 肺換気 <input type="checkbox"/> 肝 (GSA) <input type="checkbox"/> 心筋血流 <input type="checkbox"/> 心筋交感神経 <input type="checkbox"/> レノグラム <input type="checkbox"/> 副腎皮質 <input type="checkbox"/> 副腎髄質 (使用希望薬剤:) ※ご指定がある場合はご記入ください <input type="checkbox"/> その他 ()		
□ M M G	①所見 <input type="checkbox"/> しこり (右・左) <input type="checkbox"/> 石灰化 (右・左) <input type="checkbox"/> 硬結 <input type="checkbox"/> 有痛性 (右・左) <input type="checkbox"/> 乳汁分泌 (右・左) <input type="checkbox"/> 発赤 (右・左) <input type="checkbox"/> 血性乳汁分泌 (右・左) <input type="checkbox"/> 無症状		②撮影指示 <input type="checkbox"/> ルーチン (CC+MLO) <input type="checkbox"/> ML <input type="checkbox"/> XCC
	③現在の状態 <input type="checkbox"/> 乳切 (右・左) <input type="checkbox"/> 温存 (右・左) <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> 生検 (右・左) <input type="checkbox"/> 歩行不可		
※以下の方はマンモグラフィの検査を受けられない場合がございます (詳細は放射線科までお問い合わせください) ・ペースメーカーを装着されている方 ・VPシャントを施行されている方 ・豊胸術を受けられた方			
□ 骨 密 度	※以下の方は骨密度の検査を受けられない場合がございます (詳細は放射線科までお問い合わせください。) ・バリウム検査後の方		
□ 撮 影 般	(ご指定の部位をご記入ください)		



放射線検査予約票

氏 名 : _____ 様

予約日時: _____ 年 _____ 月 _____ 日 () _____ 時 _____ 分

- ・検査開始の15分前に紹介受付にお越し下さい。
- ・保険証(お持ちの方は診察券・お薬手帳)をお持ち下さい。

【注意事項】


	検査について	撮影時間	ご負担	副作用について
CT	人体の輪切りの断層像を撮影し、コンピューターで処理して画像化し、体の構造や臓器の状態を調べる検査です。	10～30分	腕を上げていただく場合があります。	造影剤を使用した場合、ごくまれに頭痛・吐き気かゆみ・じんましんなどの症状が出る場合があります。
MRI	磁気共鳴撮影の略で、大きな磁石のトンネルに体を入れ磁気を利用して体内の情報を画像化する検査です。	20～60分	検査中は非常に大きな音がします。	
RI	放射性医薬品を体内に入れ臓器や病変部に取り込まれた微量の放射線を撮影し、病気の診断などをする検査です。	30～60分	腕を上げていただく場合があります。	安全な放射性医薬品を使用しておりますので、体への影響はありません。
マンモグラフィ	乳房を透明な板で押し広げ、片側2方向ずつ、専用の装置を使用して撮影します。	10～30分	乳房を圧迫する為、痛みを伴うことがあります。腕を上げていただく場合があります。	しばらく痛みが残ったり内出血が生じる場合があります。
骨密度	脊椎部・大腿骨部の骨密度を測定し、骨粗鬆症の予防・診断および骨折リスクの判定などを行う検査です。	10～15分	仰向けに寝ていただきます。	特に副作用はありません。
一般撮影	X線を用いて、全身(骨・臓器 など)の異常を調べる検査です。	5～10分	息を止めていただく場合があります。	特に副作用はありません。

※食事について…検査によって制限があります。医師の指示に従って下さい。

※お薬について…医師の指示がない限り、通常通り服用して下さい。

※キャンセル・予約変更について…検査前日の17時までには連絡をお願いします。

【お問い合わせ】


IMSグループ 横浜旭中央総合病院
 神奈川県横浜市旭区若葉台4-20-1
 放射線科受付 TEL:045-921-6479 (平日8:30～17:30 土曜8:30～13:00)

**RI検査のみ薬剤発注期限に伴い予約・キャンセルの期限
 を検査3診療日前の17時までとさせていただきます。**
(土曜日は12時まで)