

## 検査依頼書 (診療情報提供書)

紹介先医療機関名

紹介元医療機関名

医療法人横浜未来ヘルスケアシステム 大田池上病院

ID	技師名	担当医師名
フリガナ		生 年 月 日
患者氏名	(男・女)	T・S・H・R 年 月 日 ( 歳)
住 所	TEL :	

検査名/部位/撮影方法を下記項目から選択して○で囲んでください。

MRI	<b>検査部位</b>			
	<b>頭頸部</b>	頭部・副鼻腔・内耳道・頸部・甲状腺 その他:		
	<b>体幹部</b>	MRCP・肝臓・膵臓・腎臓・膀胱・前立腺・子宮・卵巣・骨盤腔・その他:		
	<b>脊椎</b>	頸椎・胸椎・胸腰椎移行部・腰椎・仙骨・尾骨・骨盤骨・その他:		
	<b>上肢</b>	肩関節・上腕部・肘関節・前腕部・手関節・手部・手指(第 指)	( 右・左 )	
	<b>下肢</b>	股関節・大腿部・膝関節・下腿部・足関節・足部・足指(第 指)	( 右・左 )	
	<b>血管系</b>	頭部MRA・頸部MRA・胸部MRA・腹部MRA・下肢MRA・下肢MRV・その他:		
	<b>その他</b>			
	<b>造影検査の有無</b>			
	造影希望	有 ・ 無	撮影希望	単純 ・ 造影
			血清Cr値 mg/dl	
<b>【必須】確認事項 (注) 当院ではMRI対応型でも対応できない場合もございます。ご不明時にご連絡ください。</b>				
○ペースメーカー類の挿入 ※ICD/CRT-Dなども		有 ・ 無	○心臓人工弁	有 ・ 無
○脳動脈クリップ ※V-P/L-Pシャントなど含め		有 ・ 無	○内視鏡クリップ等の止血クリップ	有 ・ 無
○冠動脈ステント(術後3週間以内は検査不可)		有 ・ 無	○人工内耳等	有 ・ 無
○大動脈ステントグラフト		有 ・ 無	○その他体内金属( )	有 ・ 無
備考: <b>【有】</b> の場合、検査実施の判断をお願いいたします。 <span style="float: right;"><b>MRIの実施を許可する</b> <input type="checkbox"/></span>				
CT	<b>検査部位</b>			
	頭部・頸部・胸部・腹部・腹部～骨盤・骨盤腔・その他 ( )			
	<b>造影検査の有無</b>			
	造影希望	有 ・ 無	撮影希望	単純 ・ 造影
				血清Cr値 mg/dl
	<b>【必須】CT検査同意書</b>			
	<b>【CT検査・医療放射線について】</b>			
	X線とコンピューターを使用し、体内の断面を撮影することで病気の発見・診断に役立つ検査です。CT検査そのものに痛み等なく安全な検査です。検査時間は、部位や目的により異なりますが、おおよそ10分～20分程度となります。また、CT検査では連続したX線(放射線)を用いるため、 <b>やや高い被ばくを伴います。</b> 被ばく量は検査部位により異なり、おおよそ3～12mSv程度となります。 <b>放射線障害が発生する被ばく線量より、はるかに低いものですが、僅かながらリスクが伴います。特に 妊娠中又は、妊娠している可能性のある方は、検査前に主治医にご相談ください。</b>			
	私は、CT検査の必要性とその内容、検査に伴うリスクなどについて十分な説明を受け、理解しましたので <b>その実施を同意します。</b>			
			同意日: 年 月 日	
		ご本人氏名:		
		未成年の場合、保護者の氏名:		
XP	検査部位 ( ) ・ 骨密度			詳細指示 (方向数) :
主訴、病名、紹介目的、症状経過、治療経過、検査結果、処方など				