CT・MRI検査紹介患者受診依頼票（診療情報提供書）

栗原市立栗原中央病院

令和　　年　　月　　日

ＴＥＬ　０２２８－２１－５３３５
ＦＡＸ　０２２８－２１－５３３６
（連携室）

医療機関名
医師氏名　　㊞
科　医師名　　電話番号

フリガナ								男・女　M・T・S・H・R　年　月　日生（　歳）										
患者氏名								電話番号　（　）										
患者住所								職業										
保険番号									記号・番号									
被保険者氏名									本人・家族									
公費負担番号									受給者番号									

検査予約日	令和　年　月　日　曜日	午前・午後　時　分から検査を行います。 午前・午後　時　分までに受付をして下さい。

紹介目的（CT・MRI）の検査及び診断

○検査部位　頭部・下垂体・小脳橋角部・眼窩・中耳・副鼻腔・頸部・胸部・上腹部・上下腹部・骨盤部・子宮卵巣・前立腺
肩関節・上腕・肘関節・前腕・手関節・手・股関節・大腿・膝関節・下腿・足関節・踵骨・足部・足趾（両　:右　:左）
頚椎・胸椎・胸腰椎・腰椎・仙尾椎　　その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

○造影希望　無・有：eGFR値（＿＿＿ml/min/1.73m^2）　又は　血清Cr値（＿＿＿mg/dL）（採血日　　）

造影検査を希望する場合は、造影剤腎症あるいは腎性全身性線維症（NSF）の発症リスクを回避するために上記腎機能評価を行った上でご依頼ください。 採血データは検査日から1か月以内のものとします。造影検査が可能なのは、CT（ヨード造影剤）ではeGFR値が45以上、MRI（ガドリニウム造影剤）ではeGFR値が30以上に限ります。 また、腎機能が評価されていない場合は単純検査のみとさせていただきます。

:ビグアナイド系糖尿病薬を内服中で造影CT検査を受けられる患者様については、乳酸アシドーシスの発生リスクを回避するために検査前の2日間・検査当日・検査後の2日間はビグアナイド系糖尿病薬の服用を休止するよう指示してください。

特記事項	手術歴　無・有（　）		歩行状態　独歩・車椅子等
	心臓ペースメーカー　PM・ICD・CRTD		体位維持　できる・できない
	注意：デバイス手帳を持参してください。MRIは禁忌、CTはデバイス手帳を確認したうえで対応。		妊娠　無・有（　週）・不明
	……下記はＭＲＩ検査のみ記入のこと……		甲状腺疾患　無・有（　）
	体内磁性体金属　無・有（　）		その他の事項（　）
	脳内クリップ　無・有（　）		※気管支喘息治療中の方は原則造影検査は禁忌となります。
	コンタクトレンズ　無・有（　）		※治癒とは1年以内に発作がなく、投薬治療を受けていない状態とします。
	閉所恐怖症（狭い所が苦手）　無・有（　）		
	……下記は造影検査のみ記入のこと……		注意：検査当日の患者様の体調等により、造影検査を中止する場合がありますので、あらかじめご了承ください。 刺青のある患者様のMRI検査を依頼される場合は、あらかじめご連絡ください。
	過去の造影剤副作用歴　無・有（　）		
	気管支喘息・アレルギー疾患　無・有（　治療中・治癒　）		

傷病名：

既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療結果・現在の処方等　：

スキャン範囲等　：　　撮影方法：　一任・その他（　）
ＭＲＩ検査の撮像断面　：　Ａｘ・Ｃｏｒ・Ｓａｇ

備考　１．必要がある場合は続紙に記載して添付してください。
２．必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。
３．紹介元が保険医療機関以外である場合は、紹介元医療機関名の欄に紹介元市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入してください。