

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

（連携室直通）

TEL 0228-21-5335

FAX 0228-21-5336

※予約受付時間は 平日 8:30～16:30迄

但し16:15以降のお申し込みは翌診療日の対応と

させていただきますので、ご了承ください。

令和 年 月 日

医療機関名

医師氏名

印

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	
検査希望日	第一	令和 年 月 日	第二	令和 年 月 日	
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。		

紹介目的の検査及び診断（ CT / MRI ・ MRA ）

●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
（ 両側 ・ 右 ・ 左 ） 頸椎・胸椎・胸腰椎・腰椎・仙尾椎 その他（ ）

●造影 （ 無 ・ 有 ）

eGFR値（ ml/min/1.73m2 ） 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。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。

※採血： 検査日から遡って1か月以内の値を有効と致します。

※造影剤使用可能なeGFR値： CT（ヨード造影剤）45以上 MRI（ガドリニウム造影剤）30以上

●ビグアナイド系
糖尿病薬 （ 無 ・ 有 ） 薬剤名（ ）

ビグアナイド系糖尿病薬を内服中の方で**造影CT検査を受ける**場合は、乳酸アシドーシスの発生リスクを回避するために検査日の前後2日休薬を指示してください。eGFR60以上の場合、前の休薬のみ不要です。

特 記 事 項	CT・MRI検査	MRI検査
	●手術歴 無 ・ 有 （ ）	●体内装置（人工内耳・骨成長刺激装置等） 無 ・ 有 （ 詳細 ）
	●植え込み型デバイス 無 ・ 有 （ PM・CRT-P・ICD・CRT-D・DBS ）	●体内金属（義眼・心臓弁・脳動脈クランプ・人工関節・血管クラフト・フィルター等） 無 ・ 有 （ 詳細 ）
	※MRIは対応不可。CTはデバイスによって本体・リードを避けて撮影。（必ず手帳を持参して下さい）	●体表の金属（リフレ・補聴器・義歯・義肢・義足） 無 ・ 有 （ 詳細 ）
	●歩行状態 独歩 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー	●閉所恐怖症 無 ・ 有
●体位維持 できる ・ できない	●アートメイク・タトゥー・入れ墨 無 ・ 有	
●妊 娠 無 ・ 有 【（ 週目 ） ・ 不明】	●金属板金加工・剪断作業歴 無 ・ 有	
造影検査	注意：検査当日の患者様の体調・既往歴・副作用歴によつては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。	
●過去の造影剤副作用歴 無 ・ 有 （ 時期・症状 ）		
●気管支喘息 無 ・ 有 （ 治療中 ・ 治癒 ）		
※治療中の方は原則造影は禁忌。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。		
●アレルギー（アトピー・食物・薬剤等） 無 ・ 有 （ 詳細 ）		
●重篤な甲状腺・肝・腎・心疾患、急性膵炎、多発性骨髄腫、褐色細胞腫、テタニー、マクログロビン血症、痙攣、てんかん 無 ・ 有		

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（ ）

MR I 検査の撮像断面： A x ・ C o r ・ S a g

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。