

MRI・CT検査申込書 (兼 診療情報提供書)

令和 年 月 日

〒063-0005 札幌市西区山の手5条7丁目1番1号

依頼医療機関



北海道医療センター
地域医療連携室 宛

← 所在地

FAX:011-611-8112 TEL:011-611-8116

名称 _____

TEL () FAX ()

医師名 _____

フリガナ	生年月日 (明・大・昭・平・令)	年 月 日 (歳)
患者様氏名	住所	
	電話 ()	
北海道医療センター受診歴の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (診療科 : 科)		

依頼検査	検査部位
<input type="checkbox"/> CT (<input type="checkbox"/> 単純・ <input type="checkbox"/> 造影) (<input type="checkbox"/> 読影レポート)	<input type="checkbox"/> 頭部【脳・顔面・副鼻腔】 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部【上・下・上下】 <input type="checkbox"/> 肝・胆・膵臓 <input type="checkbox"/> 腎臓・副腎 <input type="checkbox"/> 脊椎【頸・胸・腰】 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> CTAngio【脳・頸・心臓冠動脈・上肢・下肢・胸部～腹部・その他()】 <input type="checkbox"/> その他【 】
<input type="checkbox"/> MRI (<input type="checkbox"/> 単純・ <input type="checkbox"/> 造影) (<input type="checkbox"/> 読影レポート)	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 肝・胆・膵臓 <input type="checkbox"/> 腎臓・副腎 <input type="checkbox"/> 関節【肩・股・膝・その他() / <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両方】 <input type="checkbox"/> 脊椎【頸・胸・腰】 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> MRA【脳・頸部・胸部・腹部・上肢・下肢】 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> その他【 】
検査希望日	第1 月 日 曜日 (AM・PM) 時 分頃 第2 月 日 曜日 (AM・PM) 時 分頃 MRI対応PPM使用の場合は、毎週水曜日16時以降の検査となります。 冠動脈CTは午前のみとなります。

連携医問診表 (MRIの場合は必ずチェックをお願いします)

- | | |
|---|---|
| 1. MRI検査歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年頃) | 5. 仰臥位保持(約30分) <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 |
| 2. 脳動脈瘤クリップ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> MRI対応) | 6. カラーコンタクト <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| 3. 体内金属 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> MRI対応) | 7. 磁気インプラント、義眼等 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| 4. 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> MRI対応) | 8. その他 () |

※ MRI対応PPMの場合は、心疾患に関する診療情報と、PPMの機種やMRI対応であることがわかるもの (PPM手帳の写し等) を添付してください。

臨床診断名:

臨床経過・検査目的・撮影方法の指示 (撮影・読影時に必要ですので詳細にご記入ください。)

.....

.....

.....

.....

★造影CT・造影MRI時は必ずご記入ください ※クレアチニン値(mg/dl) ・検査年月日(年 月 日)

【患者状態】 ・体重(kg) ・アレルギー() ・感染症() ・摘出臓器()

検査後の画像CD-Rの運用について、いずれかを選択ください。(にレ点をつけてください。)

画像CD-R及び読影レポートを一緒に後日郵送(約1週間)します。

撮影当日、画像CD-Rを患者様にお渡しします。 ※3次元画像は当日お渡しは出来ません。

撮影当日、画像CD-Rのみ患者様にお渡しし、読影レポートのみ後日郵送(約1週間)します。 ※3次元画像は当日お渡しは出来ません。

※ 検査日時は、地域医療連携室より予約票にてご案内いたします。

※ 検査内容についてのお問い合わせは、直接、診療放射線科までお願いします。

電話 011-611-8111 診療放射線科(内線6106) または ●CT検査室(内線1142 または 1143) ●MRI検査室(内線1144)