

放射線検査依頼書 兼 診療情報提供書

社会医療法人社団 健生会 立川相互病院

紹介元医療機関名

MRI 一般撮影 一般造影 検査

住所:

予約日時

TEL:

月 日 () :

FAX:

依頼医師名:

印

患者ID			
フリガナ			
氏名	<input type="checkbox"/> 男	生年月日	
	<input type="checkbox"/> 女	大正 昭和 平成 年 月 日 歳	
住所	〒	TEL	- -

お申し込み検査 単純 単純+造影

【頭頸部MRI】

【椎体MRI】

【一般造影】

<input type="checkbox"/>	70	脳MRI	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 単純+造影
			<input type="checkbox"/> ルーチン+MRA <input type="checkbox"/> MRA
<input type="checkbox"/>	71	下垂体MRI	

<input type="checkbox"/>	78	頸椎MRI	
<input type="checkbox"/>	79	胸椎MRI	
<input type="checkbox"/>	80	腰椎MRI	
<input type="checkbox"/>	81	その他頭頸部MRI	

<input type="checkbox"/>	90	頸部食道造影	
<input type="checkbox"/>	91	上部消化管造影	
<input type="checkbox"/>	92	注腸造影	

△使用薬剤指示 必須
△使用薬剤指示 必須

【躯幹MRI】

【四肢MRI】

【骨密度】

<input type="checkbox"/>	72	胸部MRI	
<input type="checkbox"/>	73	腹部MRI	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 単純+造影
			<input type="checkbox"/> 単純+造影+MRCP
<input type="checkbox"/>	74	MRCP	(単純)のみ
<input type="checkbox"/>	75	骨盤MRI	
<input type="checkbox"/>	76	前立腺MRI	
<input type="checkbox"/>	77	その他躯幹MRI	

<input type="checkbox"/>	82	肩関節MRI	
<input type="checkbox"/>	83	股関節MRI	
<input type="checkbox"/>	84	膝関節MRI	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側
<input type="checkbox"/>	85	その他四肢MRI	

<input type="checkbox"/>	94	骨密度	
			<input type="checkbox"/> 腰椎+右大腿骨 <input type="checkbox"/> 腰椎+左大腿骨
			<input type="checkbox"/> 右大腿骨 <input type="checkbox"/> 左大腿骨
			<input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> + 筋肉量測定

【一般撮影】

<input type="checkbox"/>	95	胸部正面	
<input type="checkbox"/>	96	腹部	<input type="checkbox"/> 立位 <input type="checkbox"/> 臥位
<input type="checkbox"/>	97	胸椎	
<input type="checkbox"/>	98	腰椎	
<input type="checkbox"/>	99	アキレス腱	<input type="checkbox"/> 両側 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左

確認事項 ※該当する□にチェックをお願いします。

<input type="checkbox"/> 手術後に検査	<input type="checkbox"/> シネ付きで検査	<input type="checkbox"/> シネ外して検査	<input type="checkbox"/> シャツあり注意 (左・右)
<input type="checkbox"/> VSRADで撮影	<input type="checkbox"/> 乳癌Ope後注意	<input type="checkbox"/> 繰り上げ実施<可>	<input type="checkbox"/> ヘルニア疑い 連続撮影
<input type="checkbox"/> 要!造影前処置	<input type="checkbox"/> 特別指示 ()		

MRI検査 必須	同意書	<input type="checkbox"/> MRI検査説明・同意書作成済み	
	体内金属	<input type="checkbox"/> 体内金属・ペースメーカーなし <input type="checkbox"/> ペースメーカーなし <input type="checkbox"/> ペースメーカーあり <input type="checkbox"/> 体内金属なし <input type="checkbox"/> 体内金属あり 種類:()	
造影検査 必須	同意書(一般造影)	<input type="checkbox"/> 一般造影検査説明・同意書作成済み	
	前処置	<input type="checkbox"/> 造影前処置なし <input type="checkbox"/> 造影前処置(ソルコーテフ100mg+生食20mL) <input type="checkbox"/> 造影前処置(水溶性プレドニン20mg+生食20mL)	
使用薬剤	上部消化管造影 注腸造影	鎮痙剤	<input type="checkbox"/> ブスコパン<可> <input type="checkbox"/> ブスコパン<禁> <input type="checkbox"/> グルカゴン<可> <input type="checkbox"/> グルカゴン<禁>
		麻酔	<input type="checkbox"/> キシロカイン<可> <input type="checkbox"/> キシロカイン<禁>

検査目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> スクリーニング <input type="checkbox"/> フォローアップ	病名	
臨床診断・症状・経過			