記入例

**ＣＴ・ＭＲＩ検査　検査依頼内容詳細**

|  |
| --- |
|  |
| 紹介目的 | □検査 　 □診察と検査 　　　　　　 |
| 検査内容 | □ＣＴ単純 　□ＣＴ造影（直近3カ月以内の血液データ（クレアチニン）が必要になります） |
| **患者状態** | **＊記入必須　アレルギー（無・有　 　）　腎障害（無・有） 女性のみ　妊娠（無・有）** |
| 依頼部位**必ず有無を確認して下さい。確認が取れていない場合や****“有”の場合は原則検査のご案内ができません。****・単純検査：妊娠****・造影検査：上記に加え、アレルギー・腎障害も必須****（＊腎障害：eGFR45以下）** | □頭部 □頚部 □胸部 □全腹部（肝臓～骨盤腔）□上腹部（肝臓～腎臓）□骨盤部 □頸椎 □胸椎 □腰椎 □仙骨・尾骨 |
| □胸部～上腹部 □胸部～全腹部 |
| □上肢（Ｒ・Ｌ・両）（部位：　　　　　） □下肢（Ｒ・Ｌ・両）（部位：　　　　　） |
| □その他部位（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **主訴または病名［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］** | 全身シェーマ（後）全身シェーマ（前）**シェーマ** |
| **症状：** |
| **検査目的：****見たい部位が限局される場合は、必ず記載して下さい。****紹介状扱いとなりますので、必ず詳細記入して下さい。別途紹介状が発生する場合は、****予約日前日までにFAXして下さい。****※こちらの欄は必ずご記入いただきますようお願い致します。** |

**ＣＴ検査**

**＊紹介状扱いとなりますので、必ずご記載ください（別途紹介状は不要です）**。

**ＭＲＩ検査**

|  |
| --- |
|  |
| 紹介目的 | □検査 　 □診察と検査 　　　　　 |
| 検査内容 | □ＭＲＩ単純 　□ＭＲＩ造影（直近3カ月以内の血液データ（クレアチニン）が必要になります） |
| **患者状態** | **＊記入必須　アレルギー（無・有　 　）　腎障害（無・有） 女性のみ　妊娠（無・有）** |
| **患者情報** | **体内金属（無・有）　有：（　　　　　　　　　　　　）ペースメーカー（無・有）** |
| 依頼部位**必ず有無を確認してください。確認が取れていない場合や“有”の場合は原則検査のご案内ができません。****単純検査：妊娠・体内金属・ペースメーカー****＊体内金属は施行可能と確認が取れていればご案内可能です。****造影検査：上記に加え、喘息・腎障害も必須****（＊腎障害：eGFR45以下）****必ず有無を確認して下さい。確認が取れていない場合や****“有”の場合は原則検査のご案内ができません。****・単純検査：妊娠・体内金属・ペースメーカー****＊体内金属は施行可能と確認が取れていればご案内可能です。****・造影検査：上記に加え、アレルギー・腎障害も必須****（＊腎障害：eGFR45以下）** | □頭部 □頭部ＭＲＡ □頚部MRA □頚部 □その他ＭＲＡ（部位：　　）□眼窩 |
| □胸部 □上腹部 □ＭＲＣＰ □骨盤部  | □頸椎 □胸椎 □腰椎 □仙骨・尾骨 |
| Ｒ・Ｌ | □肩関節 □肘関節 □手関節 □股関節 □膝関節 □足関節  |
| Ｒ・Ｌ | □上腕 □前腕 □大腿 □下腿 □手 □足　 |
| □その他部位（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **主訴または病名［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］** | 全身シェーマ（前）全身シェーマ（後）**シェーマ** |
| **症状：** |
| **検査目的：****見たい部位が限局される場合は、必ず記載して下さい。****紹介状扱いとなりますので、必ず詳細記入して下さい。別途紹介状が発生する場合は、****予約日前日までにFAXして下さい。****※こちらの欄は必ずご記入いただきますようお願い致します。** |

地域連携室（直通TEL）03-5696-1871（平日8:30～17:00、土曜8:30～12:00）