

FAX : 03-3784-8822 (医療連携室 直通)
 診療情報提供書 (CT・MRI・核医学・骨塩定量検査依頼書)

昭和大学病院

(*) 必須事項

昭和大学病院ID: フリガナ 患者氏名:		依頼医療機関名: 所在地: 電話番号:	
生年月日: 西暦 年 月 日		依頼医師名: 印	
性別: 男 ・ 女	(*)妊娠: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	検査結果 出力方法: CD-ROM ・ フィルム	
(*)身長: cm 体重: kg	(*)ADL: <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー	年 月 日 () 時 分	
(*)ペースメーカー: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ 体内金属: <input type="checkbox"/> クリップ/コイル <input type="checkbox"/> ステント/ステントグラフト <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> ペースメーカー・ICD・CRT-D(メーカー名:) 機種名:) <input type="checkbox"/> 脊髄刺激システム <input type="checkbox"/> その他			
感染症	HBs抗原 (+ - 未)	造影: (下記を○で囲んで選択してください。) なし ・ あり	血清クレアチニン: mg/dl
	HCV抗体 (+ - 未)		
	血清梅毒反応 (RPR TPLA)		
	MRSA (+ - 未)		
	HIV抗原・抗体 (+ - 未)		
	その他 ()		
臨床診断(病名):		既往歴及び家族歴:	
臨床経過/検査対象病名/検査目的:			
現在の処方:			
CT検査: 部位を○で囲んで選択してください。			
脳・下垂体・聴器・副鼻腔・顔面・頸部・胸部・腹部・骨盤部・心臓・頸椎・胸椎・腰椎・()			
【禁忌チェック】 ヨード造影剤副作用歴(+・-) 喘息・小児喘息(+・-) 糖尿病薬(+・-) 薬剤アレルギー(+・-) ※副作用歴、喘息・小児喘息ある患者様は単純検査となります。 ※ピグアナイド系糖尿病薬を服用している患者様は、検査の2日前(検査当日は含まない)から検査の2日後(検査当日は含まない)まで休薬してください。 ※妊娠の可能性がある患者様は検査を行えない場合があります。			
MRI検査: 部位を○で囲んで選択してください。			
脳・脳血管・下垂体・口腔・顎関節・頸部・腹部・骨盤部・頸椎・胸椎・腰椎・膝関節・肩関節・手関節・()			
【禁忌チェック】 ガドリニウム造影剤副作用歴(+・-) 喘息・小児喘息(+・-) 閉所恐怖症(+・-) 薬剤アレルギー(+・-) ※副作用歴、喘息・小児喘息ある患者様は単純検査となります。 ※閉所恐怖症のある患者様は検査を行えない場合があります。 ※妊娠の可能性がある患者様は検査を行えない場合があります。			
核医学検査: 部位を○で囲んで選択してください。			
骨・脳血流・ガリウム・腎・レノグラム・負荷心筋血流(運動・薬物)・肺血流・肺換気・唾液腺・()			
【禁忌チェック】 薬剤アレルギー(+・-) ※妊娠の可能性がある患者様は検査を行えない場合があります。			
骨塩定量検査: 部位を○で囲んで選択してください。			
基本セット : 腰椎(L2~4) 前後/側面 整形外科Aセット: 腰椎(L2~4) 前後/側面・大腿骨・橈骨遠位端 整形外科Bセット: 腰椎(L2~4) 前後・大腿骨・橈骨遠位端・全身 婦人科セット : 腰椎(L2~4) 前後/側面・大腿骨 内分泌セット : 腰椎(L2~4) 前後・大腿骨・橈骨遠位端			