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）

（＊）必須事項　　昭和大学病院

昭和大学病院ID： フリガナ 患者氏名： 生年月日： 西暦　　年　　月　　日		依頼医療機関名： 所在地： 電話番号： 依頼医師名：　　印
性別：　男 ・ 女	(＊)妊娠：　□なし　□あり	検査結果 出力方法：　CD-ROM ・ フィルム ・ レポートのみ
(＊)身長：　体重： cm　kg	(＊)ADL： □独歩 □車いす □ストレッチャー	年　月　日（　）　時　分

(＊)ペースメーカー：□なし　□あり⇒ 体内金属：□クリップ/コイル □ステント/ステントグラフト □人工関節 □人工内耳 □ペースメーカー・ICD・CRT-D（メーカー名：　機種名：　） □脊髄刺激システム □その他

感染症		
	HBs抗原	（＋ － 未）
	HCV抗体	（＋ － 未）
	血清梅毒反応	（RPR TPLA）
	MRSA	（＋ － 未）
	HIV抗原・抗体	（＋ － 未）
	その他	（　）

造影：（下記を〇で囲んで選択してください。）
なし ・ あり
『あり』の場合…造影剤使用に関するリスク説明時、患者様より同意が得られない場合は単純撮影とさせていただきます。

血清クレアチニン：
mg/dl
クレアチニンが未記入の場合、造影剤は使用せず単純撮影となります。

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：部位を〇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。
※ビ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：部位を〇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：部位を〇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：部位を〇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

予約・問合せ：医療連携室　03-3784-8400（直通）