

□CT □MRI □RI □骨密度 検査依頼書

横須賀市立総合医療センター

フリガナ		男 女	生年月日			
患者氏名			西暦	年	月	日
			(歳)			
検査年月日	西暦	年	月	日	時間	
依頼施設名				医師名		
検査結果	CD - R・	所見のみ	・フィルム	身長/体重	cm	kg

<p>CT (部位・方法に○をつけてください)</p> <p>○部位：頭部 ・ 頸部 ・ 副鼻腔 ・ 胸部 腹部 ・ 骨盤 ・ 胸部～骨盤腔 脊椎 (頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎) 上肢 () ・ 下肢 () その他 ()</p> <p>○方法： 単純 ・ 造影</p> <p>○依頼コメント ()</p>	<p>MRI ○装置： 1.5T ・ 3T ・ 希望なし</p> <p><u>※部位によっては装置を変更させていただく場合もございます。</u></p> <p>○部位：頭部 ・ MRA ・ VSRAD 頸部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 骨盤 脊椎 (頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎) 上肢 () ・ 下肢 () その他 ()</p> <p>○方法： 単純 ・ 造影</p> <p>○依頼コメント ()</p> <p>○安全点検項目 (必ず記載してください)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・心臓ペースメーカー (有 ・ 無) ・体内金属 (有 ・ 無) ・人口内耳・義眼 (有 ・ 無) ・埋め込み型刺激装置 (有 ・ 無) ・刺青、アートメイク、ジェルネイル (有 ・ 無) ・妊娠の可能性 (有 ・ 無)
<p>骨密度</p> <p>○腰椎・股関節に金属 (有 ・ 無)</p> <p>○依頼コメント ()</p>	<p>造影検査 の場合は記載してください</p> <p>・腎機能：Cr. (_____ mg/dl) 採血日 (____ / ____)</p> <p><u>※3か月以内の値を記載し、採血データをお送りください。</u> CTはCr1.0以上の場合は補液を行います。 MRIはeGFR30未満の場合は禁忌です。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・気管支喘息 (有 ・ 無) ・造影剤アレルギー (有 ・ 無) ・ビグアナイド系糖尿病薬内服 (有 ・ 無) <u>※CTの場合、検査前後2日間休薬が必要です。</u> ・甲状腺疾患 (バセドウ病) (有 ・ 無) <p><u>※上記の問診で有がある場合は単純検査に変更していただく場合がございます。</u></p>
<p>RI (検査名に○をつけてください)</p> <p>○検査名：脳血流シンチ (ECD・IMP・希望なし) MIBG ・ DaT Scan 骨シンチ ・ ガリウムシンチ 甲状腺シンチ ・ 唾液腺シンチ その他 ()</p> <p>○依頼コメント ()</p> <p><u>※RI 製剤準備の都合上、キャンセルは2営業日前までにご連絡ください。</u></p>	