□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 |

|  |  |
| --- | --- |
| **CT**（部位・方法に〇をつけてください）　　　　　　　　　　　　　　　　　〇部位：頭部　・　頚部　・　副鼻腔　・胸部　　　　　　　　　　　腹部　・　骨盤　　・　胸部～骨盤腔　　　　脊椎（　頚椎　・　胸椎　・　腰椎　）　上肢（　　　　）・　下肢（　　　　）　その他（　　　　　　　　　　　　　）〇方法：　単純　・　造影〇依頼コメント（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | **MRI**〇装置：　1.5T　・　3T　・　希望なし　**※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。**　　　　　　　　　　　　　　　　　〇部位：頭部　・　MRA　・　VSRAD　　　　　　　　　頚部　・　胸部　・　腹部　・　骨盤　　　　脊椎（　頚椎　・　胸椎　・　腰椎　）　上肢（　　　　）・　下肢（　　　　）その他（　　　　　　　　　　　　　）〇方法：　　単純　・　造影〇依頼コメント　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）〇安全点検項目（**必ず記載してください**）・心臓ペースメーカ　　　（ 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 ） |
| **骨密度**〇腰椎・股関節に金属　　　　（ 有　・　無 ）　　　　〇依頼コメント（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　 |
| **RI**（検査名に〇をつけてください）　　　　　　　　　　　　　　　　　〇検査名：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（　　　　　　　　　　　）〇依頼コメント（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**※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。** | **造影検査**の場合は記載してください　　　　　　　　　　　　　　　　　・腎機能：Cr.（　　　 mg/dl）採血日（　　/　　）**※3か月以内の値を記載し、採血データをお送りください。****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。**・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 ）　　　　　**※CTの場合、検査前後2日間休薬が必要です。**・甲状腺疾患（バセドウ病） （ 有　・　無 ）**※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。** |

更新日：2025/5/15 Ver.2.0