

明石市立市民病院 画像検査申込書(様式2-2)

氏名		性別	男	女			
検査予定日	平成	年	月	日(曜)	AM・PM	時	分
□MRI検査		MRI用問診票を用意しております。ぜひご利用ください。					
検査前チェックリスト		((有)の場合は部位・時期等 具体的にご記入ください[])					
・心臓ペースメーカー、埋め込み型電気刺激装置(無・有) *有の場合はMRI禁忌です。条件付MRI対応ペースメーカーの場合はお問い合わせください。							
・脳動脈クリップ(無・有)・管腔内ステント、コイル(無・有)・その他体内金属異物(無・有)							
・入れ墨(無・有)・閉所恐怖症(無・有)・妊娠(無・有)							
*造影剤使用 [無・有]							
有の場合は、造影検査の同意書を取得し、主治医の署名あるいは捺印の上、検査当日に持参をお願いします。							
検査部位							
□ 頭部 (□MRA) □ 頸部 □ 胸部・背部()							
□ 頸椎 □ 胸椎 □ 腰椎 □ その他脊椎()							
□ 骨盤【 □ 婦人科骨盤(子宮・卵巣) □ 前立腺 □ 膀胱 □ その他骨盤部()】							
□ 四肢 () □ 下肢非造影MRA □ その他()							
□ 上腹部【 □ MRCP □ Dynamic □ 肝細胞性造影剤 □ その他上腹部()】							
□CT検査		*造影剤使用 [無・有]					
有の場合は、造影検査の同意書を取得し、主治医の署名あるいは捺印の上、検査当日に持参をお願いします。							
検査部位							
□ 頭部 () □ 頸部 □ 胸部 □ 上腹部 □ 全腹部 □ 骨盤部							
□ 四肢 () □ その他 ()							
□ 心臓 [*心臓検査のみ βブロッカー使用 □ 可 □ 不可]							
□RI検査		*予約時に前処置の内容をご確認ください					
□ 心筋シンチ □ 脳血流シンチ □ 骨シンチ □ ガリウムシンチ							
□ TI安静 (¹²³ I-IMP定性)							
□ TI運動負荷 □ DATシンチ □ その他()							
□ TI薬物負荷							
□その他の検査		()					
臨床診断							
検査目的							
臨床経過							
*CT・MRI造影剤使用時 3ヶ月以内の血清クレアチニン値 <input type="text"/> 採血日 年 月 日							

地方独立行政法人 明石市立市民病院 医療介護連携課 直通TEL 078 (912) 2359 (専用)
直通FAX 078 (912) 2362 (専用)