

画像・生理検査申込書 (FAX送信・貴院控え用)

患者氏名 様	検査日：令和 年 月 日 時 分				
	CD-Rコピー	検査目的・臨床情報 等			
感染症 [有・無・未] 【Tbc・HBs抗原・HCV・HIV・MRSA・その他()】					
1. CT 単純・造影・ダイナミック			CT注意事項		
<input type="checkbox"/> 頭部(脳・その他) <input type="checkbox"/> 脳底部(眼窩・副鼻腔・側頭骨) <input type="checkbox"/> 胸部(肺・縦隔) <input type="checkbox"/> 脊椎(頸椎・胸椎・腰椎) <input type="checkbox"/> 上肢(右・左) <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 頭部CT-A <input type="checkbox"/> 頸部(甲状腺・その他) <input type="checkbox"/> 下腹部(子宮付属器・膀胱・その他) <input type="checkbox"/> デンタル <input type="checkbox"/> 下肢(右・左) (肩・上腕・肘・前腕・手関節・手) (股・大腿・膝・下腿・足関節・足)		・心臓ペースメーカー(ICD含) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ICD本体を含む撮影は行いません 以下造影剤使用の場合のみ ・造影剤使用歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・腎機能障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (血清Cr mg/dl) ・造影剤過敏症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・重篤な甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・ビグアナイト系糖尿病薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
2. MRI 単純・造影・アンギオグラフィー			MRI注意事項 ☆予約30分前までにお越し下さい		
<input type="checkbox"/> 頭部(ルーチン・下垂体・内耳・眼窩・副鼻腔) <input type="checkbox"/> 頸部(喉頭・咽頭・甲状腺) <input type="checkbox"/> 脊椎(頸椎・胸椎・腰椎) <input type="checkbox"/> 血管(胸部大動脈・腹部大動脈・下肢動脈・下肢静脈) <input type="checkbox"/> 腹部(肝臓・脾臓・腎臓・MRCP・腎動脈) <input type="checkbox"/> 骨盤(子宮卵巣・前立腺・膀胱・直腸) <input type="checkbox"/> 上肢(右・左)(肩・肘・手関節・手) <input type="checkbox"/> 下肢(右・左)(股関節・膝・足関節・足) <input type="checkbox"/> その他()		・MRIチェックシートを確認しお答え下さい <input type="checkbox"/> 何も該当しない <input type="checkbox"/> 一部該当()するが、MRIは可能 ・ペースメーカー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(MRI対応カードの持参をお願いします) ・食事について <input type="checkbox"/> 普通に食事してください <input type="checkbox"/> 朝食禁(お茶水は可) <input type="checkbox"/> 昼食禁(お茶水は可) ◎MRCPのため <input type="checkbox"/> 朝食禁(水分も不可) <input type="checkbox"/> 昼食禁(水分も不可) 以下造影剤使用検査の場合のみ <input type="checkbox"/> 気管支喘息なし <input type="checkbox"/> 造影剤過敏症なし <input type="checkbox"/> 腎機能異常なし(Cr mg/dl)			
3. アイソトープ 体重()kg		アイソトープ注意事項			
<input type="checkbox"/> I-123 IMP <input type="checkbox"/> I-123 DATSCAN <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> I-123 DATSCAN検査は、午前9:00注射、午後に撮影となります <input type="checkbox"/> I-123ミオMIBGシンチ検査は、午前と午後の2回撮影となります <input type="checkbox"/> 骨シンチ検査は、午前9:00注射、午後に撮影となります <input type="checkbox"/> Gaシンチ検査は、午前9:00注射、撮影は3日後の午後となります			
4. エコー *検査目的記入必須、データCD-Rは作成できません					
<input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> 乳房エコー <input type="checkbox"/> 下肢静脈エコー <input type="checkbox"/> 心エコー+療養支援		腹部超音波(エコー)注意事項 ・検査が午前中の場合、朝食禁止です ・検査が午後の場合、昼食禁止です ・原則、飲物も禁止ですが糖分のない水やお茶はお飲み頂いて結構です			
5. 脳波					
<input type="checkbox"/> 覚醒 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 賦活(開閉眼・光刺激・過呼吸)		腹部超音波(エコー)注意事項 ・前日は洗髪し当日は整髪料などは付けずに清潔にしたまま来院ください ・食事は普段通りにお摂り下さい ・服用薬は担当医の指示に従い、指示がない場合は服薬を続けてください			
<input type="checkbox"/> 造影剤使用についての同意(造影剤使用検査) 私は、造影剤使用について十分な説明を受け理解しましたので、 造影剤を用いた検査を受けることに同意します。また、緊急の 処置を行う必要が生じた場合には、必要な処置を受けることについても同意します。			<input type="checkbox"/> 被ばくについての同意(CT・アイソトープ) 私は、(CT・アイソトープ)検査による放射線被ばくについての説明を 受け十分理解しましたので、(CT・アイソトープ)検査を受けることに 同意します。		
記入日	令和	年	月	日	説明医師
患者または代理人氏名(署名)					