

武田病院グループ 検査依頼票

(封筒に入れて患者様にお渡し下さい)

患者様情報		
患者名	生年月日 年齢 才	連絡先TEL ()
依頼医院・病院名		科 依頼医

＜検査予約日時＞
月 日 AM PM 時 分

＜検査項目＞
<p>1) MRI検査 <input type="checkbox"/>単純 <input type="checkbox"/>造影 <input type="checkbox"/>Dynamic <input type="checkbox"/>MRCP <input type="checkbox"/>MR Angio</p> <p><input type="checkbox"/>頭部 <input type="checkbox"/>胸部 <input type="checkbox"/>腹部 <input type="checkbox"/>骨盤部</p> <p><input type="checkbox"/>頸椎 <input type="checkbox"/>胸椎 <input type="checkbox"/>腰椎 <input type="checkbox"/>乳腺</p> <p><input type="checkbox"/>肩関節 (右・左) <input type="checkbox"/>股関節 <input type="checkbox"/>膝関節 (右・左)</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ()</p> <hr/> <p>2) CT検査 <input type="checkbox"/>単純 <input type="checkbox"/>造影 <input type="checkbox"/>Dynamic <input type="checkbox"/>3D-CTA</p> <p><input type="checkbox"/>頭部 <input type="checkbox"/>胸部 <input type="checkbox"/>上腹部 <input type="checkbox"/>下腹部 <input type="checkbox"/>心臓</p> <p><input type="checkbox"/>インプラント (上・下)</p> <p> [画像処理: <input type="checkbox"/>不要 (CDのみ) <input type="checkbox"/>要 (フィルムのみ)]</p> <p> <input type="checkbox"/>要 (フィルム+CD) <input type="checkbox"/>保険適応</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ()</p>

検査目的
病歴・検査所見
前回検査 (無 有: 年 月 日)

＜被検者チェックリスト＞
①感染症: HB抗原 Wa氏 HCV その他 ()
②既往歴:
③妊娠あるいはその疑い: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
④手術の既往: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (年、手術名)
⑤アレルギー: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
⑥喘息の既往: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 小児喘息 <input type="checkbox"/> 現在治療中)
⑦腎機能異常: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (クレアチニン値: _____)

MRIに関して
⑧閉所恐怖症の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
⑨体内金属の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
<input type="checkbox"/> ペースメーカー・ICD <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> MRI対応 (ペースメーカー手帳を持参ください)
<input type="checkbox"/> 人工内耳
<input type="checkbox"/> クリップ等 (動脈瘤等)
<input type="checkbox"/> 動脈塞栓コイル
<input type="checkbox"/> カテーテルおよび連結管類
<input type="checkbox"/> 人工弁 <input type="checkbox"/> プレート類
<input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 吻合用ステーブル
<input type="checkbox"/> 義眼 <input type="checkbox"/> 静脈内フィルター
<input type="checkbox"/> その他 ()