

# 放射線検査依頼書 兼 診療情報提供書

社会医療法人社団 健生会 立川相互病院

紹介元医療機関名

MRI 一般撮影 一般造影 検査

住所:

希望日

第一希望: 月 日( ) AM・PM  
 第二希望: 月 日( ) AM・PM  
 第三希望: 月 日( ) AM・PM

TEL:  
 FAX:

いつでもよい

予約日: 月 日( ) 時 分

依頼医師名:

印

フリガナ		<input type="checkbox"/> 男	生年月日
氏名		<input type="checkbox"/> 女	大正 昭和 平成 年 月 日 歳
住所	〒	TEL	- -

お申し込み検査  単純  単純+造影

◆頭頸部

- 70 脳MRI  
 単純  単純+造影  
 ルーチン+MRA  MRA
- 71 下垂体MRI

◆椎体

- 78 頸椎MRI
- 79 胸椎MRI
- 80 腰椎MRI
- 81 その他頭頸部MRI

【一般造影】

- 90 頸部食道造影
- 91 上部消化管造影
- 92 注腸造影
- 93 DIC

△使用薬剤指示 必須

△使用薬剤指示 必須

◆躯幹

- 72 胸部MRI
- 73 腹部MRI  
 単純  単純+造影  
 単純+造影+MRCP
- 74 MRCP (単純)のみ
- 75 骨盤MRI
- 76 前立腺MRI
- 77 その他躯幹MRI

◆四肢

- 82 肩関節MRI
- 83 股関節MRI
- 84 膝関節MRI  
 右  左  両側
- 85 その他四肢MRI

【骨密度】

- 94 骨密度  
 腰椎+右大腿骨  腰椎+左大腿骨  
 右大腿骨  左大腿骨  
 腰椎  人工関節

【一般撮影】

- 95 胸部正面
- 96 腹部  立位  臥位
- 97 胸椎  正面  2R
- 98 腰椎  正面  2R
- 99 アキレス腱  右  左  両側

確認事項 ※該当する□にチェックをお願いします。

<input type="checkbox"/> 要!造影前処置	<input type="checkbox"/> 要!感染対策(菌種: )	<input type="checkbox"/> 乳癌Ope後注意
<input type="checkbox"/> 手術後に検査	<input type="checkbox"/> シーネ付きで検査 <input type="checkbox"/> シーネ外して検査	<input type="checkbox"/> シャツあり注意 ( 左・右 )
<input type="checkbox"/> 穿孔条件CT	<input type="checkbox"/> 骨条件CT <input type="checkbox"/> ダイナミックCT <input type="checkbox"/> HR-CT	<input type="checkbox"/> 脂肪測定追加 <input type="checkbox"/> 冠状断追加
MRI	同意書	<input type="checkbox"/> MRI検査説明・同意書作成済み
	体内金属	<input type="checkbox"/> 体内金属・ペースメーカーなし <input type="checkbox"/> 体内金属あり 種類:( )
造影検査必須	前処置	<input type="checkbox"/> 造影前処置なし <input type="checkbox"/> 造影前処置(ソルコーテフ100mg+生食20mL) <input type="checkbox"/> 造影前処置(水溶性プレドニン20mg+生食20mL)
使用薬剤	上部消化管造影	鎮痙剤 <input type="checkbox"/> ブスコパン<可> <input type="checkbox"/> ブスコパン<禁> <input type="checkbox"/> グルカゴン<可> <input type="checkbox"/> グルカゴン<禁>
	注腸造影	麻酔 <input type="checkbox"/> キシロカイン<可> <input type="checkbox"/> キシロカイン<禁>

検査目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> フォローアップ <input type="checkbox"/> スクリーニング	病名	
臨床診断・症状・経過			