

## 中通総合病院

## 紹介状・診療情報提供書 (検査依頼)

紹介元医療機関

名称

TEL

医師名

先生

FAX

下記の検査を依頼します。

中通総合病院受診歴【  有  無 】

放射線科 宛

【旧姓: 】

フリガナ		性別	生年	○大正 ○平成	年	月	日
患者氏名	様	○男 ○女	月日	○昭和 ○令和			
住所	〒	—		電話番号	—	—	

- CT (部位: 予約日時 月 日 時 分) 造影  要  不要)
- MRI (部位: 予約日時 月 日 時 分) 造影  要  不要)
- RI (部位: 予約日時 月 日 時 分)
- \_\_\_\_\_ (部位: 予約日時 月 日 時 分)

病名:

目的・病歴等

## 検査必要チェック事項

◎全検査共通  体重 \_\_\_\_\_ kg◎CT  ICD(植込み型除細動器)・CRTD(両心室ペーシング機能付埋込型除細動器)  無  有

・造影が必要な場合は同意書を取得し、下記の記載をお願いします。

 腎障害  無  有 (血清Cr \_\_\_\_\_ mg/dl) ビグアナイド系糖尿病薬  無  有 ( )

ビグアナイド系糖尿病薬を服用の場合、検査前2日・当日・検査後2日(計5日)は内服を中止してください。

※コロナリーCT依頼の場合

検査予約時間の1時間前にロプレソール20mgを内服させてください。

 ミオコールスプレー使用  可  不可◎MRI  心臓ペースメーカー・ICD・CRTD  無  条件付きMRI対応機種有  
(メーカー: \_\_\_\_\_ 機種名: \_\_\_\_\_) 脳動脈瘤クリップ  無  有  その他の体内金属  無  有

・造影が必要な場合は同意書を取得し、下記の記載をお願いします。

 腎障害  無  有 (血清Cr \_\_\_\_\_ mg/dl)添付資料名 ( \_\_\_\_\_ ) 必要がある場合は、資料等の添付をお願いします。 返却(  要  不要)

備考