

# 画像診断検査(CT・MRI)紹介状(診療情報提供書)

愛媛県立今治病院  
画像診断担当医 宛

貴医療機関名	
診療科	
住所	
電話番号	
ご担当医師名	印

フリガナ		性別	生年月日	T・S・H	年	月	日
患者氏名		男・女	身長	cm	体重	kg	
患者住所	〒 -						
依頼検査	<b>CT検査・MRI検査</b>		電話	(自宅)			
				(携帯)			
傷病名(主訴)		造影検査使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 一任				
検査部位							

紹介目的、症状経過、その他

## 検査前の確認事項

共通項目(CT・MRI)		造影剤使用 <b>有</b> または <b>一任</b> の場合
妊娠初期3ヵ月以内もしくは妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※1	腎機能 : 血清クレアチニン値を教えてください。	
<b>MRI問診票</b> 以下の項目に該当するものがあれば☑してください。場合によっては検査できません。	血清Cr : ml/dl	
<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカーや人工内耳などの体内電子機器を装着している。 (条件付きMRI対応ペースメーカーは特定の条件下、準備が必要です。循環器の担当医師にお尋ねください。)	検査日 : 平成 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 脳動脈瘤の手術を受けている。 <input type="checkbox"/> MRI非対応 <input type="checkbox"/> MRI対応 <input type="checkbox"/> わからない	直近1ヵ月以内のデータをお教えてください。データがない場合はCT検査前に当院で血液検査を行いますので、患者様にCT検査予約時間の1時間前に来院するようお願いください。	
<input type="checkbox"/> 手術等により体内に金属がある(心臓人工弁、人工関節、水頭症の手術等)(内容 )	注意すべき合併症やアレルギー歴を分かる範囲で教えてください	
<input type="checkbox"/> 目などの重要臓器に位置する金属粉塵がある。	<input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 慢性腎不全	
<input type="checkbox"/> 仰向けで動かずに寝ることが困難である。	<input type="checkbox"/> 造影剤によるアレルギー歴がある	
<input type="checkbox"/> 入れ墨がある。(やけどや変色の恐れがあります。)	<input type="checkbox"/> その他のアレルギー歴 (内容 )	
<input type="checkbox"/> 閉所恐怖症である。	<input type="checkbox"/> 糖尿病(治療薬 )	

※1 当院では、妊娠14週未満のMRI検査は行っていません。それ以降の場合、得られる恩恵が胎児に及ぼす危険を上回ると判断され、インフォームドコンセントが得られた場合に限り検査をおこないます。

保険情報	被保険者氏名		保険者番号						
	記号・番号								本・家
	事業所又は保険者名								
	高齢者保険番号								割
	公費等記号番号								

注意1. 保険情報の記入、又は健康保険証のコピー可。  
注意2. 病院提出用を患者に持参、又は後日郵送してください。