

熊本機能病院画像診断センター共同利用依頼書兼診療情報提供書

検査当日に
必要な
書類です



事前に FAX 送付を
お願いいたします。
【096-345-8188】



原本を患者さまが検査当日
にお持ちくださいますよう、
お手配をお願いいたします。

患者さま情報	フリガナ		ご依頼施設	施設名	
	氏名			医師名	
	生年月日	年 月 日		検査種別	単純・造影
	来院時	徒歩・車いす・ストレッチャー		読影依頼	有 無

MRI 検査部位	頭部：頭・脳・後頭蓋窩・眼窩・副鼻腔・MRA VSRAD[認知症検査]	CT 検査部位	頭部：頭・眼窩・副鼻腔・顔面
	頸部：耳下腺・顎下線・甲状腺・咽頭喉頭		頸部：耳下腺・顎下線・甲状腺・咽頭喉頭
	胸部：肺野・縦隔		胸部：肺野・縦隔・肋骨
	腹部：肝・胆・膵・MRCP・腎・膀胱・子宮 卵巣・前立腺		腹部：肝・胆・膵・腎・膀胱・子宮・骨盤腔
	脊椎：頸椎・胸椎・腰椎・仙椎・胸腰椎移行部		脊椎：頸椎・胸椎・腰椎・仙椎・胸腰椎移行部
	四肢：【左・右】肩・肘・手関節・股関節・膝・足 関節・MRA・MRV・その他【 】		四肢：【左・右】肩・肘・手関節・股関節・膝・ 足関節・足・その他【 】
	体幹部 DWI		骨密度：腰椎・股関節

撮影上の希望事項・病歴・臨床診断 等

造影用 チェック	体重【 kg】アレルギー歴 無・有【 】
	既往歴：気管支喘息・心疾患・腎疾患・てんかん・その他【 】
	腎機能：eGFR：() □不明
	ビグアナイド系糖尿病薬の服用：無・有【CT 造影検査の方は検査日前後 4 8 時間の休薬を推奨いたします】
	造影剤副作用の既往：副作用歴なし・あり・使用経験なし
	その他留意点：

- MRI の検査ができない方：心臓ペースメーカー、植え込み型除細動器、人工内耳、骨成長骨刺激装置、持続血糖測定器センサー（リブレ等）を装着されている方、マグネットネイルを塗布されている方。
- 確認が必要な方：脳動脈クリップ、水頭症シャントバルブ、人工骨頭・人工関節・その他体内金属、歯科用インプラントを装着されている方。妊娠中もしくは妊娠の可能性がある方。

その他ご不明な点があればお知らせください。 社会医療法人寿量会熊本機能病院 ☎096-345-8111