

MRI・CT検査申込書(兼 診療情報提供書)

年 月 日

〒003-0804 札幌市白石区菊水4条2丁目3-54

依頼医療機関

北海道がんセンター
地域医療連携室 宛

← 所在地

FAX:011-811-9110 TEL:011-811-9117

受付時間: 平日9:00~16:30

16:30以降のお申込みは翌日対応となります。

名 称

TEL () FAX ()

フリガナ	生年月日 (明・大・昭・平成)	年 月 日(歳)
患者様氏名	男 様 住 所	女 電話 ()

依頼検査	検査部位
□ CT (□単純□造影)	□脳 □頭頸部 □胸部 □上腹部 □骨盤部 □腹部全体 □口腔
	□DWIBS
	□脳 □頭頸部 □胸部 □腹部 □肝・胆・脾臓 □腎臓・副腎 □脊椎【頸・胸・腰】 □骨盤部 □関節【肩・股・膝・その他()】 □MRA【脳・頸部・胸部・腹部・上肢・下肢】 □N □DWIBS □その他【 】
検査第1希望日	月 日 曜日 時 分頃
検査第2希望日	月 日 曜日 時 分頃

連携医問診表(MRIの場合は必ずチェックをお願いします)

- | | | | | | |
|--------------|----|------------|-----------------|----|-----|
| 1. MRI検査歴 | □無 | □有(年頃) | 5. 仰臥位保持(約30分) | □可 | □不可 |
| 2. 脳動脈瘤クリップ | □無 | □有(□MRI対応) | 6. カラーコンタクト | □無 | □有 |
| 3. 心臓ペースメーカー | □無 | □有 | 7. 磁気インプラント、義眼等 | □無 | □有 |
| 4. 体内金属 | □無 | □有(□MRI対応) | 8. その他() | | |

臨床診断名:

臨床経過・検査目的・撮影方法の指示(撮影・読影時に必要ですので詳細にご記入ください。)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

★造影MRI時は必ずご記入ください ※クレアチニン値(mg/dl) ・検査年月日(年 月 日)

【患者状態】・体重(kg)・アレルギー()・感染症()・摘出臓器()

※ 検査日時は、地域医療連携室より予約票にてご案内いたします。

※ 検査内容についてのお問い合わせは、直接、診療放射線科 担当主任までお願いします。

電話 011-811-9111 または ●CT検査室(内線7459) ●MRI検査室(内線7459) ●PET室(内線7164)