

診療情報提供書(CT・MRI)

紹介先: 川内市医師会立市民病院

読影以外の他科診療科受診

撮影予定: 月 日 時 分～予定

なし・あり(科

先生)

体部	・	頭部
造影		可・不可

紹介元

↑必ず○を付けてください

紹介医

平成 年 月 日

患者氏名	男・女	Tel
患者住所		
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日 歳

傷病名

検査目的・検査希望部位

病歴概要・現症・既往・検査所見など

以下は必須問診内容です。

体内金属 : ()なし・()あり: 詳細に記載下さい()

妊娠 : ()なし・()あり

ビグアナイド系糖尿病薬の服用: ()なし・()あり : ありの場合で緊急以外の場合、造影検査2日前から休薬してください

以下は造影希望の方は必須記載下さい。

造影剤の使用経験 : ()なし・()あり

ありの場合は何の? : ()CT・()MRI・()その他()

造影剤での副作用 : ()なし・()あり: どの様な()

他のアレルギー : ()なし・()あり: どの様な()

腎機能 : Cr()

* 記載のない場合は、検査当日市民病院で採血を行い、約1時間は余計にお待ちいただき、あるいは検査ができずにお帰り頂くことがあります。

その他 :

※以下は心臓CT検査を受ける方は記載下さい。

心拡大(CTR>55%)の有無	: ()なし・()あり・()不明	心雑音の有無	: ()なし・()あり・()不明
頻脈の有無	: ()なし・()あり・()不明	肥大型心筋症の有無	: ()なし・()あり・()不明
緑内障の有無	: ()なし・()あり・()不明	喘息の有無	: ()なし・()あり・()不明
大動脈弁狭窄症の有無	: ()なし・()あり・()不明	不整脈の有無	: ()なし・()あり・()不明
硝酸薬(ニトロペン)の使用禁忌の有無	: ()なし・()あり・()不明		
β ブロッカーの使用禁忌の有無	: ()なし・()あり・()不明		
血圧	: (/ mmHg)		

→造影の際は、以下の承諾書は必須です。説明書を参照の上、同意を頂いて下さい。

造影同意書

私は、造影検査についての説明と問診を受け、十分理解しました。その上で造影剤の使用に同意します。

患者氏名:

(代理人:

続柄:)