

小倉記念病院 検査申込書

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

患者氏名

様

希望日	第一希望 年 月 日	第二希望 年 月 日
-----	---	---

<input type="checkbox"/> CT	部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 単純	
		<input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 放射線科 医師に一任	※3カ月以内の腎機能データー (※必須) ・eGFR() ・クレアチニン() ※ピグアナイド系糖尿病服用(有 ・ 無) ※アレルギー体質(有 ・ 無) ※過去に造影剤副作用(有 ・ 無) ※気管支喘息(有 ・ 無) ※甲状腺機能亢進症(有 ・ 無) ※腎機能低下(有 ・ 無)
<input type="checkbox"/> MR	部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> その他 ※(右・左)含め、 具体的に記載下さい <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 150px; margin: 10px auto;"></div> <input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 単純	
		<input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 放射線科 医師に一任	※3カ月以内の腎機能データー (※必須) ・eGFR() ・クレアチニン() ※該当項目に○を、お願いします。 ・MR対応ペースメーカー ・体内金属片 ・心臓人工弁 ・脳動脈瘤クリップ ・人工骨関節等 ※MRは、一度のお申込みで一部位となります ※MRCPは、必ず <u>当日朝絶食</u> でお願いします

※欄は、もれなくご記入下さい。
※検査申込書とは別途、診療情報提供書をお願いいたします。
※検査の結果は後日、画像CD-ROMとともに、郵送させていただきます。