

# 画像・検査申込書の記入について

画像・生理検査申込書 (FAX送信・貴院控え用)	
患者氏名	検査日： 令和 年 月
様	CD-Rコピー要・不要
検査目的・臨床情報等	電話予約の場合は予約日をご記入ください。
感染症【有・無・未】 【Tbc・HBs抗原・HCV・HIV・MRSA・その他( )】	患者さんの氏名、画像 (CD-R) の有無、検査目的 (任意) 等をご記入ください。
<b>1. CT 単純・造影・ダイナミック</b>	<b>CT注意</b>
<input type="checkbox"/> 頭部 (脳・その他) <input type="checkbox"/> 頸部 CT-A <input type="checkbox"/> 脳底部 (眼窩・副鼻腔・側頭窩) <input type="checkbox"/> 頭部 (内臓・その他) <input type="checkbox"/> 胸部 (肺・縦隔) <input type="checkbox"/> 腹部 (肝臓・その他) <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 上肢 (右・左) <input type="checkbox"/> アンテラル (肩・上腕・肘・前腕・手関節・手) <input type="checkbox"/> 下肢 (右・左) <input type="checkbox"/> アンテラル (股・大腿・膝・下腿・足関節・足)	・心臓ペースメーカー (ICD含) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ICD本体を含む撮影は行いません 以下造影剤使用の場合のみ ・造影剤使用歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・腎機能障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (血清Cr mg/dl) ・造影剤過敏症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 左側の欄の部位に✓を入れ、右側の欄の心臓ペースメーカーの有無に✓を入れてください。 造影剤使用の場合は血清Crをご記入ください。
<b>2. MRI 単純・造影・アンギオグラフィー</b>	<b>MRI注意事項 *予約30分前までにお越し下さい</b>
<input type="checkbox"/> 頭部 (ルーチン・下垂体・内耳・眼窩・副鼻腔) <input type="checkbox"/> 頸部 (喉頭・咽頭・甲状腺) <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎) <input type="checkbox"/> 血管 (胸部) <input type="checkbox"/> 腹部 (肝臓) <input type="checkbox"/> 骨盤 (子宮卵巣・前立腺・膀胱・直腸) <input type="checkbox"/> 上肢 (右・左) <input type="checkbox"/> 下肢 (右・左) <input type="checkbox"/> その他 ( )	・MRIチェックシートを確認しお答え下さい <input type="checkbox"/> 何も該当しない <input type="checkbox"/> 一部該当 ( ) するが、MRIは可能 ・ペースメーカ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (MRI対応カードの持参をお願いします) ・食事について <input type="checkbox"/> 普通に食事してください <input type="checkbox"/> 朝食禁 (お茶水は可) <input type="checkbox"/> 昼食禁 (お茶水は可) ◎MRCPのため <input type="checkbox"/> 朝食禁 (水分も不可) <input type="checkbox"/> 昼食禁 (水分も不可) 左側の欄の部位に✓を入れ、右側の欄の該当する箇所にも✓を入れてください。 造影剤使用の場合は血清Crをご記入ください。
<b>3. アイソトープ 体重 ( ) kg</b>	<b>アイソトープ注意事項</b>
<input type="checkbox"/> I-123 IMP <input type="checkbox"/> I-123 ミオMIBG <input type="checkbox"/> I-123 DATSCAN <input type="checkbox"/> 甲状腺シンチ <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> Gaシンチ <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> I-123 DA <input type="checkbox"/> I-123 ミ <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> Gaシンチ 骨シンチのみ体重を記入してください。 左側の欄の部位に✓を入れ、右側の欄の該当する箇所にも✓を入れてください。
<b>4. エコー</b>	<b>腹部超音波 (エコー) 注意事項</b>
<input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 乳腺エコー <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 下肢静脈エコー <input type="checkbox"/>	4.エコー、5.脳波については、左側の欄の検査項目に✓を入れ、右側の欄の該当する箇所にも✓を入れてください。
<b>5. 脳波</b>	<b>脳波注意事項</b>
<input type="checkbox"/> 覚醒 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 賦活 (開閉眼・光刺激・過呼吸)	・前日は洗髪し当日は整髪料などは付けずに清潔にすまませ来院ください ・食事は普段通りにお摂り下さい ・服用薬は担当医の指示に従い、指示がない場合は服薬を続けてください
<input type="checkbox"/> 造影剤使用についての同意 (造影剤使用検査) 私は、造影剤使用について十分な説明を受け理解しましたので、造影剤を用いた検査を受けることに同意します。また、緊急の処置を行う必要が生じた場合には、必要な処置を受けることについても同意します。	
<input type="checkbox"/> 被ばくについての同意 (CT・アイソトープ) <b>造影剤使用及び被ばくについての同意をお願いします。</b> 私は、(CT・アイソトープ) 検査による放射線被ばくについての説明を受け、検査を受けることに同意します。	
記入日 令和 年 月 日	説明医師
患者または代理人氏名 (署名)	