

〈記入のしかた〉

1. () 内で選択したものを○でかこんで下さい。
2. ご不明な点がございましたら、お問い合わせ下さい。次回作成時の参考とさせていただきます。

患者氏名	_____様	性別	男・女
患者住所	_____		
生年月日	大・昭・平・ _____年 _____月 _____日(_____歳)	職業	_____
紹介目的 (XCT・MRI) の検査及び診断	_____		
単純と造影 (単純のみ・単純と造影・星陵クリニック判断)	_____		
検査部位	<input type="checkbox"/> 脳・下垂体・眼窩・内耳道・副鼻腔・顎関節・ <input type="checkbox"/> (頸部・胸・腹・骨盤・MRCP・MRA ()・頸椎・胸椎・腰椎) <input type="checkbox"/> (ひだり・みぎ) (肩・肘・手・股・膝・足) 関節、()		
撮影希望なし (紹介先判断・)	_____		
受取希望日	_____月 _____日() <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 : <input type="checkbox"/> 指定なし(出来上がり次第送付)		
提供方法	<input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> DVD-R <input type="checkbox"/> MMWIN <input type="checkbox"/> 画像不要 ※読影レポート原則添付		
傷病名	_____		
(症状経過及び検査結果・治療経過・現在の処方・備考)	_____		
今回の検査目的と画像診断に必要な情報	<div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <input type="radio"/> フィルム ご希望の提供 <input type="radio"/> DVD-R 方法にレ点を <input type="radio"/> MMWIN つけて下さい。 <input type="radio"/> 画像不要 </div>		
既往歴及び家族歴	<div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin: 10px 0;"> 受取希望日に合わせてお届けします。 希望日にお届けできない場合は、当クリニックと患者さん でご相談をし、当日お持ち帰りいただくか、検査翌日以降 に窓口でお渡しします。 当日結果をお渡しする場合は、検査終了後、約2時間お待ち いただきます。 </div>		
<input type="radio"/> 単純のみ：単純のみ (造影検査無) を希望する時、選択下さい。 <input type="radio"/> 単純と造影：造影検査を希望する時、選択下さい。 <input type="radio"/> 星陵クリニック判断：星陵クリニックに判断を依頼する時、選択下さい。	HBsAg (- + 不明) HCVAb (- + 不明) ワ氏 (- + 不明) 心ペースメーカー (無・有・不明) ◎MRI のとき 脳内クリップ (無・有・不明)		
薬剤等アレルギー歴(無・有) 各種 βブロッカーの使用(無・有) 糖尿病 治療薬名 (メトグルコ錠・グリコラン錠・エクメット配合錠) (CT造影の場合の必要情報) 治療薬名 (メトホルミン塩酸塩錠・その他) 血清クレアチニン値(_____ mg/dl) (検査日 _____年 _____月 _____日)			

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付して下さい。
 2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付して下さい。
 3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先市町村、保健所名等を記入して下さい。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入して下さい。