

# 〈記入のしかた〉

1. ( ) 内で選択したものを○で囲んでください。
2. ご不明な点がございましたら、お問い合わせください。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 _____	電話番号 _____
生年月日 大・昭・平・令 _____ 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 (脳・下垂体・眼窩・内耳道・副鼻腔・顎関節・乳房) _____ ) (頸部・胸・腹・骨盤・MRC P・MRA ( _____ )・頸椎・胸椎・腰椎) (ひだり・みぎ) (肩・肘・手・股・膝・足) 関節、( _____ ) 撮影希望など (紹介先判断・ _____ ) 受取希望日 _____ 月 _____ 日 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 指定なし (出来上がり次第送付) ※読影レポート原則添付 ※配達を希望しない日・曜日があれば記入ください ( _____ ) 提供方法 <input type="checkbox"/> DVD-R <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> MMW I N <input type="checkbox"/> 画像不要 1つレ点を入れてください (記載なしはDVDにて提供)	
傷病名 _____	
今回の検査目的と画像診断に必要な情報 (症状経過及び検査結果・治療経過・現在の処方・備考)	
既往歴及び家族歴	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。
<input type="radio"/> 単純のみ：単純のみ (造影検査無) を希望する時、選択ください。 <input type="radio"/> 単純と造影：造影検査を希望する時、選択ください。 <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、選択ください。	) ( _____ ) ( _____ ) <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー (★MR ×) <input type="checkbox"/> 除細動器 (★MR ×) ⇒CT：本体部分の撮影は当院対応不可 <input type="checkbox"/> 心臓モニタ <input type="checkbox"/> 人工内耳 (★MR ×) <input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ <input type="checkbox"/> 髄液シャント (圧調整が必要な方のMRI 検査は圧調整日に合わせて予約ください)
糖尿病薬 (メトグルコ錠・グリコラン錠・エクメット配合錠・メトホルミン塩酸塩錠) (他 ⇒ビグアナイド系はCT造影検査時、休薬対応をお願いします) 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ください。
  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ください。
  3. 紹介元が保険医療機関以外である場合は、紹介元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ください。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入してください。