

検査用診療情報提供書(横浜掖済会病院用)

紹介元医療機関の所在地及び名称

年 月 日

ご担当医師名

患者氏名

⑩

年 月 日 性別

患者住所

TEL - -

- 傷病名・検査目的
- 既往歴及び家族歴
- 症状経過及び検査結果・治療経過

- 現在の処方

- 検査区分

CT ・ MRI (MRIは頭部のみ) 単純 ・ 造影

- 検査部位(複数選択可)

頭部 ・ 頸部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 骨盤部

- 予約日時(事前に必ずお電話にてお問い合わせ下さい。)

年 月 日 時 分より

(※30分前にご来院頂けます様お伝え下さい。)

安全に検査を行うために下記項目のチェックをお願いします。

- | | | | | | |
|------------------------------|-------|--|----|------|----|
| ● 造影剤使用歴 | 有 ・ 無 | ● 身長 | cm | ● 体重 | kg |
| ● アレルギー | 有 ・ 無 | (_____ ※ヨードアレルギーは造影禁忌) | | | |
| ● ぜん息 | 有 ・ 無 | 有の場合、原則造影禁忌 | | | |
| ● 腎機能障害 | 有 ・ 無 | クレアチニン(Cr)値 (_____) 月 日測定
※3ヶ月以内の数値。1.5を超える場合は造影不可。
※eGFR値によっては、造影を控えさせて頂く場合もあります。 | | | |
| ● 妊娠もしくは妊娠の可能性 | 有 ・ 無 | | | | |
| ● ビグアナイド系糖尿病薬の使用
(合剤も含む) | 有 ・ 無 | 造影検査の場合、
副作用防止の為、検査前後48時間休薬指示して下さい | | | |
| ・MRI検査のみ | | | | | |
| ● 体内金属 | 有 ・ 無 | 具体的に [_____] | | | |
| (心臓ペースメーカー・脳動脈クリップ・人工内耳・その他) | | | | | |

〒231-0036
横浜市中区山田町1番地2

一般社団法人日本海員掖済会
横浜掖済会病院 放射線科
TEL. 045-261-8191
FAX. 045-261-8149