検査依頼・問診票

ご紹介元　医療機関名
医師氏名　　先生

患者様氏名　　様	生年月日 □明治 □大正　年　月　日 □昭和 □平成 □男 □女 （　歳）

造影検査の場合

＊ 1か月以内の血液検査データ（血清クレアチニン・e-GFR値の入った結果）をご持参ください。コピーでも可。
必要に応じて検査当日、採血をさせて頂くこともありますので予めご了承ください。

＊ 造影剤使用に関する説明と同意書は受診された際に、当院外来担当医が作成いたします。
外来担当医の判断により、検査を中止する場合もありますので予めご了承ください。

検査名・部位		問診票（要チェック）✓　【有】では検査できない場合があります
□CT検査	造影の有無 □単純 □単純＋造影 □頭部 □頚部 □胸部 □心臓 □腹部 □腹部骨盤部 □大血管 □脊髄 （□頚椎 □胸椎 □腰椎） □四肢 （　） □その他 （　）	妊娠中 □有 □無 以下については、造影CT検査の場合ご記入ください ペースメーカー □有 □無 喘息 □有 □無 （治療状況：　） アレルギー □有 □無 授乳中 □有 □無 ＊造影剤使用後、丸1日授乳中止 糖尿病 □有 □無 **枠内は必ず記入して下さい** ＊ ビグアナイド系糖尿病薬内服 □有 □無 （薬剤名：　） 内服【有】の場合は検査日前後、計4日間内服薬中止 以下【有】だと造影検査はできません ＊ 造影剤副作用 □有 □無 ＊ 1か月以内腎機能低下 □有 □無 （血清クレアチニン 2.0mg/dl以上）
□MRI検査	造影の有無 □単純 □単純＋造影 □頭部 □頚部 □胸部 □腹部 □大血管 □脊椎・脊髄 （□頚椎 □胸椎 □腰椎） □四肢 （　） □その他 （　） 特殊撮影 □MRA □MRCP □下枝血管 **注意** **授乳中の方は、造影検査は可能ですが、造影剤注射後丸1日は授乳を中止して下さい**	ペースメーカー □有 □無 手術クリップ □有 □無 人工関節 □有 □無 人工弁 □有 □無 （治療状況：　） その他の体内金属 （　） 閉所恐怖症 □有 □無 イレズミ □有 □無 手術既往 □有 □無 （有：　） 妊娠中 □有 □無 以下については、造影剤MRI検査の場合ご記入ください アレルギー □有 □無 授乳中 □有 □無 ＊造影剤使用後、丸1日授乳中止 喘息 □有 □無 （治療状況：　） 以下【有】だと造影検査はできません ＊ 造影剤副作用 □有 □無 ＊ 1か月以内腎機能低下 □有 □無 （血清クレアチニン 2.0mg/dl以上）

下関市立市民病院　FAX 083－224－3861
地域連携部 病診連携室　TEL 083－224－3860

（外来担当医署名：　）