

<h1>検査依頼・問診票</h1>	医療機関名
	ご紹介元 医師氏名 先生

患者様氏名 様	生年月日 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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が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) ✓ <small>【有】では検査できない場合があります</small>			
CT検査	造影の有無 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 単純+造影	妊娠中 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 以下については、造影CT検査の場合ご記入ください		
	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 腹部骨盤部	ペースメーカー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 喘息 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (治療状況:) アレルギー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 授乳中 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 * 造影剤使用后、丸1日授乳中止 糖尿病 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	<input type="checkbox"/> 大血管 <input type="checkbox"/> 脊髄 <small>(<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎)</small>	枠内は必ず記入してください * ビグアイド系糖尿病薬内服 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <small>(薬剤名:)</small> 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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 * 1か月以内腎機能低下 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <small>(血清クレアチニン 2.0mg/dl以上)</small>		
	<input type="checkbox"/> 四肢 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
	MRI検査		造影の有無 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 単純+造影	ペースメーカー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 手術クリップ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 人工関節 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 人工弁 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (治療状況:) その他の体内金属 () 閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 イレズミ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 手術既往 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有:) 妊娠中 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
			<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 大血管 <input type="checkbox"/> 脊椎・脊髄 <small>(<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎)</small>	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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 授乳中 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 * 造影剤使用后、丸1日授乳中止 喘息 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 * 1か月以内腎機能低下 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <small>(血清クレアチニン 2.0mg/dl以上)</small>
			特殊撮影 <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 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ください	

下関市立市民病院
地域連携部 地域連携室

FAX 083-224-3861
TEL 083-224-3860

(外来担当医署名:)