

# 武田病院グループ 検査依頼票

(診療情報提供書と一緒に封筒に入れて患者さんにお渡し下さい)

ふりがな 患者名	年齢	連絡先TEL 才 ( )
依頼病院名	科	依頼医
〈検査項目〉		〈検査予約日時〉
1) MR検査 表1で項目を一つ選択して下さい		月 日 AM・PM 時 分
2) X線CT <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 部位: <input type="checkbox"/> インプラント		月 日 AM・PM 時 分
3) 骨塩定量		月 日 PMのみ 時 分
4) 血管超音波 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 末梢(上肢・下肢)		月 日 AM・PM 時 分
5) 循環器検査 <input type="checkbox"/> 心臓超音波 <input type="checkbox"/> トレッドミル* <input type="checkbox"/> ホルター心電図* <input type="checkbox"/> 経食道超音波 *は同日検査はできません		月 日 AM・PM 時 分
		月 日 AM・PM 時 分
6) 腹部超音波		月 日 AMのみ 時 分
7) 内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 大腸ファイ		月 日 AMのみ 時 分
8) 造影検査 <input type="checkbox"/> 胃食道 <input type="checkbox"/> 注腸 <input type="checkbox"/> DIC+CT <input type="checkbox"/> DIP		月 日 AMのみ 時 分
9) 脳波 (EEG)		月 日 PMのみ 時 分
臨床診断	検査目的	
病歴・検査所見		
前回検査(無・有: 年 月 日)		

表1 MR検査名(一つ選択して○印をして下さい)

頭部	腹部	骨盤	造影	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要
頸椎	胸椎	腰椎	希望シーケンス		
胸部(肺野)	縦隔	心臓			
関節(肩)	膝	股			
その他( )				<input type="checkbox"/> Dynamic	<input type="checkbox"/> Angio <input type="checkbox"/> MRCP

## 《被験者チェックリスト》(依頼医師が記入して下さい)

- (1) 感染症:  HB抗原  Wa氏  その他 (6) 体内金属の有無:  なし  あり
- (2) 既往症:  ペースメーカー  クリップ類(動脈瘤等)
- (3) 妊娠あるいはその疑い  なし  あり  カテーテル及び連結管類  人工弁
- (4) 手術の既往:  なし  あり  人工関節  ワイヤー類  プレート類
- ( )  吻合用ステープル  静脈内フィルター
- (5) アレルギー:  なし  あり  動脈塞栓コイル  義眼  その他

## 《注意事項》

- (1) 同日いくつかの検査ができますが、検査はすべて予約制です。電話で予約して下さい。  
但し、ホルター心電図とトレッドミルは一日では施行できません。  
複数検査の場合、検査項目の上段の方が予約が入りにくいので、上から順に予約して下さい。

**患者サポートセンター TEL(075)572-6530 FAX(075)572-6276**

- (2) 検査により前処理の必要なものがあります。予約時に確認して下さい。
- (3) チェックリストは必ずご記入下さい。
- (4) 患者さんへは予約票をお渡し下さい。参考フィルムがありましたら持参してもらって下さい。
- (5) MRI検査では心臓ペースメーカー使用の方、脳内クリップのある方は検査ができません。  
体内金属の有無も必ずご確認下さい。

