

CT・MRI検査伝票(医療機器共同利用申込書)の記載方法

入力方法

- ① 1枚目の(紹介元医療機関控)に必要事項を入力もしくは✓を入れてください。
- ② 入力すると2枚目(旭川厚生病院控・FAX用)に自動的に反映されます。

旭川厚生病院 地域医療連携室宛 電話・FAX 0166-33-8233(直通)

医療機器共同利用申込書 (CT・MRI検査)

依頼日 令和 年 月 日

紹介元医療機関機関名
住 所
電話番号
FAX 番号
医師氏名

性別 男性 女性 有り 無し
当院受診歴 有り 無し

患者氏名
生 年 月 日
患者 住 居
患者 連絡先
検査希望日時
① 令和 年 月 日 時 分
② 令和 年 月 日 時 分

傷 病 名

検査目的

検査部位

CT検査
 MRI検査

検査部位

CT検査
 頭部 頸椎 胸椎 腰椎 その他 ()
 脳 脳MRA 頭頸部 胸部・縦隔 乳腺 肝臓 MRCP
 腎臓・副腎 骨盤 () 四肢 ()
 頸椎 胸椎 腰椎 その他 ()

MRI検査
 頭部 頸椎 胸椎 腰椎 その他 ()
 脳 脳MRA 頭頸部 胸部・縦隔 乳腺 肝臓 MRCP
 腎臓・副腎 骨盤 () 四肢 ()
 頸椎 胸椎 腰椎 その他 ()

造影の有無 有 無 可 不可 (造影剤の場合) 有 無

造影剤使用歴 無 有 造影剤副作用歴 無 有

喘息 無 有 アレルギー 無 有

腎機能 ()
正常 異常 (BUN値: () Cre値: ())

(CTのみ)とダイナミック造影検査を行う場合は造影剤を使用する場合は作業が必要となります。

その他の患者情報

CT検査
植込み型除細動器 無 有 原則禁忌となります。施行には医師の立ち会いが必要となります。
植込み型ペースメーカー 無 有 ペースメーカー手帳をご持参下さい。(ペースメーカーの種類によって検査ができない可能性があります)
妊娠の可能性 無 有

MRI検査
植込み型除細動器・植込み型ペースメーカー・人工内耳 無 有(検査不可能)
脳動脈クリップ 無 有(検査可能) 体内金属 無 有(検査可能)
閉所恐怖症 無 有 妊娠の可能性 無 有

検査日 令和 年 月 日 撮影条件 KVp mAs
造影剤 担当看護師 担当技師

クリーム色の箇所は入力することができます。
必要事項を入力してください。

「CT」か「MRI」か✓を入れてください。

検査する部位の□をクリックすると✓が入ります。
希望の検査、また、造影の有無等の必要な箇所に✓を入れてください。

ペースメーカーの有無等大切な情報となります。確認の上、必ず□に✓を入れてください。

- ③ 造影剤を使用する場合は「造影剤同意書」も患者様へ説明し同意を得てください。
- ④ 必要事項を入力後、印刷してください。
- ⑤ 2枚目と「造影剤同意書」を旭川厚生病院地域医療連携室へFAXしてください。

旭川厚生病院地域医療連携室 FAX:0166-33-8233(直通)

- ⑥ 検査予約が取れましたら当院地域医療連携室より「予約確認書」と「予約票(患者さん用)」をFAXいたします。「予約票(患者さん用)」は患者様へお渡しください。
- ⑦ 1枚目は貴院の控えです。2枚目と「造影剤同意書」は患者様へお渡しし、検査当日に旭川厚生病院に持参するようにお伝えください。

※ 造影剤を使用しない場合は、「造影剤同意書」は必要ありません。

手書きの場合

- ① 2枚目(旭川厚生病院控・FAX用)に必要事項をご記載ください。
- ② 上記③⑤⑥を参照してください。
- ③ ご記載頂いた2枚目を患者様へお渡しし、検査当日当院に持参するようにお伝えください。