

## 診療情報提供書

(CT・MRI 依頼書)

&lt;豊岡病院用&gt;

紹介先

公立豊岡病院組合立  
豊岡病院 放射線科

紹介元医療機関

所在地・名称  
電話・FAX番号

先生

医師氏名

印

西暦 年 月 日

フリガナ

患者氏名

性別 男・女

〒

患者住所

電話番号

生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳 ) 職業

傷病名

## 【患者チェックリスト】

患者体重 (検査に必要です) kg

妊娠中またはその可能性 (有・無)

依頼検査種類 ( CT ・ MRI )

造影剤併用の有無 ( 単純 ・ 造影 ・ ダイナミック )

部位

1. 頭部 2. 頸部 3. 胸部 4. 腹部 5. 骨盤部

6. 脊椎 (CV,ThV,LV) 7. 四肢 ( )

8. その他 ( )

依頼内容および部位 (具体的に検査範囲・シーケンス(MRI検査)など)

## MRI問診

1. MRI対応体内金属 (有・無)

頭頸部 : シャントバルブ・クリップ・コイル・ステント

その他 ( )

躯幹部 : ステント・クリップ・人工関節・金属プレート

その他 ( )

四肢 : 人工関節・髄内釘・金属プレート

その他 ( )

いつ : [ ] どこで : [ ]

症状経過及び検査結果

2. てんかん(最終発症 : ) (有・無)

※以下の項目に該当項目がある場合は中止になる  
可能性があります。(6. は外せば可能)

3. 長時間の静止(20分以上) (可・否)

4. 閉所恐怖症 (有・無)

5. 刺青・眉墨・アイライン (有・無)

6. ジェルネイル・エクステンション(まつ毛等) (有・無)

治療経過

## 造影検査必須項目

1. 造影検査歴 (有・無)

その際の副作用 ( ) (有・無)

2. アレルギーの既往 ( ) (有・無)

喘息の既往 (有・無)

3. 腎機能 eGFR ml/min/1.73m<sup>2</sup>  
(3ヶ月以内) Cre mg/dl  
Ccr ml/min

既往歴及び家族歴

現在の処方

## ※注意事項

- 造影CT検査の場合は、別紙の【造影CTのための問診表】及び【造影検査を受けられる患者様への説明、同意書】を記載し、造影MRI検査の場合は、別紙の【MRI用ガドリニウム造影剤使用に関する説明、同意書】、【MRI検査問診表】及び【MRI検査前チェックリスト】を記載して、検査当日、診療情報提供書と共に患者様に必ず持参させて下さい。  
尚、MRI問診や造影検査必須項目は必ず明記して頂くようお願い致します。
- MRI検査に関して、体内にMRI非対応金属等がある場合は検査は出来ませんので、必ず確認をお願い致します。  
詳しい内容は別紙の【MRI検査問診表】及び【MRI検査前チェックリスト】に記載をお願い致します。
- 検査または読影に必要と思われる、貴院での画像情報などは、なるべく持参させてください。
- MRI検査の撮像範囲について : 広範囲の場合、Thin Sliceでの撮像に制限を設けさせて頂く場合がありますのでご了承下さい。