

－ダイレクト検査申込書－

◆申込日 月 日 () ◆申込医療機関

◆診療科 ◆申込医師名

◆電話番号 ◆FAX番号

◆ご予約された検査項目等

※検査項目・確認事項にチェックしてください。

※CT、MRIは撮影部位等を記入し、核医学RI検査は検査種類を記入してください。

※造影検査は3ヵ月以内のクレアチニンまたはeGFR検査結果が基準値内の方。

腎臓機能に問題のない方が検査可能です。

※妊娠中 または 妊娠の可能性がある方、検査中止となる場合もあります。

検査項目	撮影部位・検査の種類	確認事項
<input type="checkbox"/> CT【単純】		・植込み型除細動器 (有・無)
<input type="checkbox"/> CT【造影】		・植込み型除細動器 (有・無) ・腎機能障害 (有・無) ・ヨードアレルギー (有・無) ・ビグアナイド系糖尿病薬服用 (有・無) (造影検査前日～検査後48時間の休薬が必要)
<input type="checkbox"/> MRI【単純】		・心臓ペースメーカー／植込み型除細動器 植込み型心電モニタ／神経刺激装置 人工内耳／脳室腹腔シャント (圧可変式バルブ) 上記について (有・無)
<input type="checkbox"/> MRI【造影】		・心臓ペースメーカー／植込み型除細動器 植込み型心電モニタ／神経刺激装置 人工内耳／脳室腹腔シャント (圧可変式バルブ) 上記について (有・無) ・腎機能障害 (有・無) ・ガドリニウム造影剤アレルギー (有・無)
<input type="checkbox"/> 核医学RI検査		
<input type="checkbox"/> マンモグラフィー		心臓ペースメーカー／植込み型除細動器 乳房インプラント／皮下埋込み型ポート 上記について (有・無)

◆検査予約日時： 月 日 () 時 分

◆患者様情報

フリガナ

氏名： 男・女 生年月日：S・H・R 年 月 日

住所： 電話番号：

深谷赤十字病院 地域医療連携課 TEL：048-575-1511 (直通) FAX：048-575-1512