

## 辻仲病院柏の葉 高度医療機器共同利用申込書

病院名			
医師名			
TEL	( )	FAX	( )
ふりがな		性別	生年月日
患者様氏名		男・女	大：昭 平：令 年 月 日 ( )歳
身長・体重	cm	kg	*女性の方
健康保険外	自賠責 ・ 労災 ・ その他( )		
患者様ご住所			
〒			
TEL(自宅)	( )	TEL(携帯)	( )

検査項目		◎体内金属がある場合、撮影可能かご確認の上ご依頼ください	
<input type="checkbox"/> MRI	単純・造影※	体内金属	無 ・ 有 (撮影：可 ・ 否 ) (イプラット・歯科矯正・人工関節)
		閉所恐怖症	無 ・ 有 (撮影：可 ・ 否 )
		ペースメーカー	無 ・ 有 (撮影：可 ・ 否 )
		タトゥー	無 ・ 有 (撮影：可 ・ 否 ) アトピー含む
<input type="checkbox"/> MMG			
<input type="checkbox"/> X-P			
<input type="checkbox"/> CT	単純・造影※	同意書	被ばくに関する説明と同意 ( 有 ・ 無 )
撮影部位			
ご依頼内容 症状			
読影	有 ・ 無		
<当院ルーチン以外で撮影方法のご希望がある場合ご記入下さい>			

※ 造影剤使用の場合、必ずご記入ください	
腎機能異常	無 ・ 有
検査結果 (直近3ヶ月以内)	◎検査結果を添付してください。検査結果を添付いただけない場合は、数値をご記入ください。 UN尿素窒素( ) CREクレアチン( ) 推算GFR( )
アレルギー	無 ・ 有 (アレルギー名 : )
甲状腺疾患	無 ・ 有
喘息(5年以内)	無 ・ 有
上記、腎機能異常・アレルギー・甲状腺疾患・喘息いずれかの項目に該当する場合は、 貴院主治医にて造影剤を使用した検査の可否をご判断願います。	
造影剤使用 可 ・ 否	
糖尿病薬	無 ・ 有 薬剤名 ( )
◎造影剤使用の場合、糖尿病薬のみ服用しないでください。	
【造影剤投与によるピグアナイド系薬剤服用規定】	
*eGFR50以上or…造影剤使用後48時間まで休薬	第1希望日 月 日( : )
*eGFR50未満…造影剤使用前48時間、使用後48時間まで休薬	第2希望日 月 日( : )
	第3希望日 月 日( : )
<検査予約枠 9:00~16:00(最終)>	

辻仲病院柏の葉 記入欄
検査予約日 月 日 ( : )

※CD-ROMは患者さんにお渡しいたします。  
辻仲病院 柏の葉 地域連携室  
TEL 04-7137-3003 (直通)