

一般撮影・CT・MRI・骨密度 検査依頼書

患者氏名

希望検査 一般撮影 (所見要→紹介状に病歴も記載してください。)

一般撮影 (所見不要) CT MRI 骨密度検査

撮影部位 頭部 頸部 胸部 腹部 四肢 頸椎 胸椎 腰椎 その他

造影希望 あり なし 腎機能 正常 異常 (クレアチニン _____mg/dl)

検査目的

特殊指示 CT 内臓脂肪測定 肺 LAA 解析 3D表示

MR 脳 VSRAD (認知症解析)

MRI 患者の状態チェックリスト

来院方法	<input type="checkbox"/> 徒歩	<input type="checkbox"/> 車イス	<input type="checkbox"/> ストレッチャー		
補聴器	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	安静	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可
脳室シャント	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 有	酸素	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	人工弁	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
動脈瘤クリップ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	血管ステント	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
人工内耳	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	体内神経刺激装置	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
義肢	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	義眼	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
インプラント	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	妊娠	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
手術歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有			
付属物	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 輸液	<input type="checkbox"/> ドレーン	<input type="checkbox"/> DIB キャップ	<input type="checkbox"/> その他 (_____)
その他金属片	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (材質及び部位: _____)			<input type="checkbox"/> 内視鏡クリップある が検査を行う

依頼される先生方へのお願い

患者氏名、撮影部位、撮影目的のほかに、造影CTを依頼される場合は腎障害の有無を、MRを依頼される場合は上記チェックリストを、必ず記載願います。

骨密度検査患者の状態チェックリスト

身長 _____ cm	体重 _____ kg				
骨折歴 腰椎	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	手術歴 腰椎	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(_____)	
左股関節	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	左股関節	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(_____)	
右股関節	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	右股関節	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(_____)	

依頼される先生方へのお願い

当院は、腰椎及び股関節で測定を行っています。上記チェックリストの記載を必ず願います。

神戸市立医療センター西市民病院 放射線科 078-576-5251 内線 2500・2501