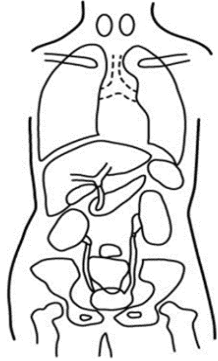



魚沼市立小出病院 CT・MRI 検査依頼兼指示書

平成 年 月 日

患者氏名			生年月日	明・大・昭・平 年 月 日																																	
検査希望	単純のみ	単純と造影		造影のみ																																	
部位・目的及び臨床診断 (部位) <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 10px;"> <div style="width: 25%;">  </div> <div style="width: 55%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> (目的・臨床診断) <必ず、ご記入ください。> </div> <div style="width: 20%; text-align: right;"> 指示医師名： </div> </div>																																					
 必ず○印 をお付け 下さい。	CT・MRI	CT・MRI	CT・MRI	CT・MRI	CT・MRI	CT・MRI	CT・MRI																														
	頭部	頸部	胸部	腹部	骨盤腔	脊椎	その他																														
	脳 内耳孔 トルコ鞍 眼窩 副鼻腔 MRA	頸椎 頸部 甲状腺 咽・喉頭 MRA	縦隔 肺・胸膜 肩関節	肝・脾 胆のう 膵 腎 MRCP	子宮・卵巣 前立腺 膀胱 股関節	胸椎 腰椎 仙・尾骨	四肢																														
チェック項目 <table style="width:100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">有り</td> <td style="text-align: right;">無し</td> </tr> <tr> <td>・ペースメーカー・除細動器</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・心臓人工弁</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・その他体内金属 ()</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・妊娠</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・痛み止め等の処置</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・磁石のついた入れ歯の固定のために歯茎に金属が入っている</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・疼痛、閉所恐怖症等</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・腎臓機能障害</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>・検査にかかわる重要な注意事項 ()</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">チェック項目に対する検査の可否 (施行してよい場合は○をおつけください)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> CT 施行可 MR 施行可 </div>									有り	無し	・ペースメーカー・除細動器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・心臓人工弁	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・その他体内金属 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・妊娠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・痛み止め等の処置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・磁石のついた入れ歯の固定のために歯茎に金属が入っている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・疼痛、閉所恐怖症等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・腎臓機能障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・検査にかかわる重要な注意事項 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	有り	無し																																			
・ペースメーカー・除細動器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
・心臓人工弁	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
・その他体内金属 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
・妊娠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
・痛み止め等の処置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
・磁石のついた入れ歯の固定のために歯茎に金属が入っている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
・疼痛、閉所恐怖症等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
・腎臓機能障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
・検査にかかわる重要な注意事項 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			