

# 診療情報提供書（検査依頼票）

年 月 日

紹介先医療機関等名 福岡画像診断クリニック Me-Well 担当医 FAX：092-710-6329

紹介元医療機関名		ご担当医師名	
		印	
患者情報			
患者氏名（フリガナ）		生年月日	
男・女		西暦	年 月 日（歳）
住所 〒 -			
電話番号 -		職業	
傷病名			
紹介目的			
既往歴及び家族歴			
症状経過及び検査結果、治療経過等			
現在の処方、備考			

検査日	月	日	予約時間	時	分
※当日は30分前にご来院お願い致します					
検査内容			造影の有無		
<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 骨密度			<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影		
検査部位 ※1回の検査は1部位とさせていただきます。					
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤					
<input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎 <input type="checkbox"/> 肩関節（右・左） <input type="checkbox"/> 肘関節（右・左）					
<input type="checkbox"/> 手関節（右・左） <input type="checkbox"/> 股関節（右・左） <input type="checkbox"/> 大腿（右・左） <input type="checkbox"/> 膝関節（右・左）					
<input type="checkbox"/> 下腿（右・左） <input type="checkbox"/> 足関節（右・左） <input type="checkbox"/> 軟部腫瘍・部位・その他（ ）					
検査データCD-R		<input type="checkbox"/> 当日患者さんお渡し <input type="checkbox"/> 後日郵送			

下記項目のチェックをお願い致します。		造影検査の場合は下記項目のチェックをお願い致します。	
・心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	・採血データ	eGFR: _____ 注：45未満は造影不可
・人工内耳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		採血日: _____ 注：3か月以内
・体内金属	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	・腎障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
・刺青	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	・喘息	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
・閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	・造影剤副作用歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
・妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	・糖尿病薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬剤名:( )

# 〈患者さま用〉

患者氏名
------

検査日	月	日 / 予約時間	時	分
-----	---	----------	---	---

当日は	時	分頃にお越しください
-----	---	------------

(CT・MRI検査は問診と事前準備のため予約時間の30分前にご来院をお願いいたします)

検査内容	造影の有無
<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 骨密度	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影

## ●ご注意 ・腹部検査の方・造影検査を受ける方

### 食事制限 **4 時間** (検査前)

※ 水分摂取は問題ありませんが、牛乳やクリームの入った飲み物 (カフェオレ等) は摂らないでください。

### 交通手段

#### ●地下鉄でお越しの方

- 「祇園駅」②出口より徒歩 3分
- 「櫛田神社前駅」③出口より徒歩 5分
- 「呉服町駅」①出口より徒歩 7分

#### ●バスでお越しの方

- 「祇園町」下車→徒歩 3分

#### ●お車でお越しの方

指定駐車場がございます。(1時間無料)

- ① 櫛田神社参拝者駐車場
- ② KDパーキング冷泉町
- ③ テクニカルパーキング(軽専用)

