

検査問診票 兼 検査同意確認書 (検査問診及び注意事項)

臨港：地域連携センター医療連携室 専用 TEL 025-275-2239 FAX 025-275-2208
 万代：地域医療部 医療連携室 専用 TEL 025-244-4701 FAX 025-244-4702

様式①「外来診療・検査予約申込書」と一緒にファクス送信下さい。

依頼元	医療機関名			
	医師名	ご連絡担当者	様	
	電話	F A X		

患者様	氏名	様	年齢	才	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者様は以下記載のとおり、検査（及び造影剤使用の場合の投与）に <input type="checkbox"/> 同意しています（ <input type="checkbox"/> に✓）						

該当数字を○で囲い、必要時（ ）内に記入して下さい

① 希 望 事 項	I 検査の種類	1. CT 2. MRI 3. MRCP (ボースデル飲用 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)				
	II 検査の部位	(<input type="checkbox"/> に✓を入れて下さい)				
	1. 頭部	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 下垂体	<input type="checkbox"/> 眼窩	<input type="checkbox"/> 鼻咽	
2. 頸部	<input type="checkbox"/> 耳下腺	<input type="checkbox"/> 喉頭	<input type="checkbox"/> 甲状腺			
3. 胸部	<input type="checkbox"/> 肺	<input type="checkbox"/> 縦隔	<input type="checkbox"/> 肋膜	<input type="checkbox"/> 心血管	<input type="checkbox"/> 肩関節	
4. 腹部	<input type="checkbox"/> 肝・脾	<input type="checkbox"/> 膵	<input type="checkbox"/> 胆嚢	<input type="checkbox"/> 腎	<input type="checkbox"/> 後腹膜 <input type="checkbox"/> 副腎 <input type="checkbox"/> 大動脈	
5. 骨盤腔	<input type="checkbox"/> 子宮	<input type="checkbox"/> 卵巣	<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 骨盤骨 <input type="checkbox"/> 股関節	
6. 脊髄・脊椎	<input type="checkbox"/> 頸髄	<input type="checkbox"/> 胸髄	<input type="checkbox"/> 腰髄	<input type="checkbox"/> 仙骨		
7. 四肢	<input type="checkbox"/> 上腕	<input type="checkbox"/> 前腕	<input type="checkbox"/> 大腿骨	<input type="checkbox"/> 下腿骨	<input type="checkbox"/> ()関節 <input type="checkbox"/> ()骨	
8. その他	()					
	III 静注造影剤使用	1. 使用しない 2. 使用する(患者様 体重_____kg) → ③欄記入必須				
	IV 画像診断	1. 希望する(後日報告となります) 2. 検査(画像)のみ				
② 注 意 事 項	次の項目で「あり」の場合、MRI検査不可です					
	・心臓ペースメーカー	1. あり	2. なし			
	・心臓人工弁	1. あり	2. なし	(部位によって)		
・動脈瘤止血クリップ	1. あり	2. なし	(部位によって)			
	次の項目で「あり」の場合、MRI検査一部不可です					
・手術クリップ・クランプ	1. あり	2. なし	・不整脈	1. あり	2. なし	
・妊娠	1. あり	2. なし	・人工骨頭・関節	1. あり	2. なし	
・体内金属片	1. あり	2. なし	・義歯・義眼	1. あり	2. なし	
③ 問 診	【上記①のⅢで「2. (静注造影剤を) 使用する」を選択した場合のみ記載必須】					
	・今までに上記の検査を受けたことがありますか	1. ある	2. ない	3. 不明		
	・その際、造影剤は使用しましたか	1. した	2. しない	3. 不明		
	・そのとき、発疹や吐き気や血圧低下などがありましたか	1. ある	2. ない	3. 不明		
	・気管支喘息やアレルギーがありますか	1. ある	2. ない	3. 不明		
	・内服薬や注射薬などで、薬にまけたことがありますか	1. ある	2. ない	3. 不明		
	・腎臓の働きが悪いと言われたことがありますか	1. ある	2. ない	3. 不明		
・糖尿病の薬を服用していますか	1. いる (薬: _____)	2. いない	3. 不明			
<ul style="list-style-type: none"> ・ 検査の種類・部位によっては、検査前の食事・水分の禁止制限があります。 ・ 検査当日は検査 10 分前までに来院され、受付に「予約票」を提出して下さい。 						