

検査指示書（読影依頼書兼用）

依頼元医療機関：松本歯科大学病院
 地域医療連携室 TEL 0263-51-2305
 放射線検査室 TEL 0263-51-2097

※太枠内をご記入下さい

検査日	年 月 日() :	読影	<input type="checkbox"/> なし
モダリティ	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI	CD当日お渡し	<input type="checkbox"/> 希望

患者ID	当院記入欄	造影	<input type="checkbox"/> 希望	
フリガナ		造影検査 依頼の場合は ご記入下さい	Cre値 mg/dl (検査日 月 日)	
患者氏名	男・女			
生年月日	年 月 日生 歳			
連絡先	(本人)	アレルギー歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
緊急連絡先	(本人以外)			
部位	<input type="checkbox"/> 頭部 (<input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 小脳 <input type="checkbox"/> 脳幹 <input type="checkbox"/> 副鼻腔) <input type="checkbox"/> 頸部 (<input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 喉頭 <input type="checkbox"/> 甲状腺) <input type="checkbox"/> 胸部 (<input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 大血管 <input type="checkbox"/> 肺) <input type="checkbox"/> 腹部 (<input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 胆 <input type="checkbox"/> 脾 <input type="checkbox"/> 膵 <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> 副腎) <input type="checkbox"/> 骨盤 (<input type="checkbox"/> 卵巣 <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 直腸) <input type="checkbox"/> 脊椎 (<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎) <input type="checkbox"/> 関節 (<input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)			
	<input type="checkbox"/> 口腔顎顔面領域(顎関節含む) <input type="checkbox"/> その他(<input type="checkbox"/>)			
	※左右の指示をご記入下さい			
	施設名		担当医	

病名(又は疑い病名)
現症及び特記事項

診断・治療の目的以外での使用はしません。この用紙に関しては厳重な管理・保管をしています。

造影 CT 検査問診票

ID	氏名	様	確認欄	
			担当医 看護師	放射線 技師
太枠内の質問事項にチェックまたはご記入ください。			問診実施日	年 月 日
1.ペースメーカーまたは体内電子機器を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.今までに手術をしたことはありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(『はい』とお答えの方のみ)それはいつ頃、どのような手術でしたか。				
()年頃 病名または手術名()				
3.現在治療中の病気はありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(『はい』とお答えの方のみ)病名、内服薬をご記入ください。				
病名()				
内服薬()				
4.安静困難、閉所・狭所恐怖症、てんかんはありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.体重をご記入ください。(検査の際に必要なになります)	kg		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.(女性の方のみ)現在妊娠の可能性はありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.造影剤を使用したことはありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(『はい』とお答えの方のみ)どのような検査でしたか。	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他			
(『はい』とお答えの方のみ)副作用はありましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
どのような副作用でしたか。該当するものにチェックまたは具体的にお書きください。				
<input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> くしゃみ <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> その他()				
8.薬のアレルギーはありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(『はい』とお答えの方のみ)該当するものにチェックまたは薬剤名をお書きください。				
<input type="checkbox"/> ヨード <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> その他()				
9.以下に記載の病気で該当するものはありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(『はい』とお答えの方のみ)該当するものにチェックを入れてください。				
<input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 心臓の病気 <input type="checkbox"/> 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> 糖尿病				
(『糖尿病にチェックをされた方のみ』)内服薬はありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
(『はい』とお答えの方のみ)薬剤名をご記入ください。 ()				
10.その他、ご質問等ございましたらご記入ください。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

医療従事者記入欄

中止薬 なし あり() 月 日()~ 月 日()

特記事項 なし あり()

Cre mg/dl ※3ヶ月以内のもの eGFR mg/min/1.73m³

検査後 帰宅 診察()

担当医 問診確認者 放射線技師 実施看護師

201113

CT 検査を受けられる方へ

ID _____ 氏名 _____ 様

検査日時は _____ 月 _____ 日() _____ 時 _____ 分です。

_____ 時 _____ 分までに総合受付までお越しください。

当日は保険証・診察券・検査指示書・問診票・()をお持ちください。

1.検査前日までの注意点

中止薬 なし あり(薬剤名: _____)
_____ 月 _____ 日()~ _____ 月 _____ 日()まで止めてください。

2.検査当日の注意点

食事 通常通り 朝食なし 昼食なし
水分 通常通り 飲水不可 水・白湯のみ可
薬 通常通り ()までに内服

3.来院してからの流れ

- ①お持ちの診察券を自動受付機にかざして受付を行います。
* 月初めの方は総合受付にて保険証・受給者証の確認を行います。
* 他院より画像検査のみでお越しの方は総合受付までお越しください。(内科を経由する場合があります)
- ②地下1階放射線検査室受付までお越しください。
検査開始時間は多少前後する場合があります。
- ③検査を行います。
- ④診察がある方は診療科、ない方は総合受付までお越しください。
お会計を済ませご帰宅となります。(特別委託契約の場合は依頼されたご施設でのお支払いとなります)

——以下のものは検査前に外していただくか外した状態でご来院ください——

検査部位にかかる金属

アクセサリ(イヤリング・ピアス・ネックレスなど)

ヘアピン・かつら・メガネ・補聴器・義歯・装具・カイロ・金属を含む貼用薬など

——ご心配、ご不明な点、来院に関するご連絡がございましたら下記までお願いいたします——

- 口腔外科 0263-51-2067 (月)~(金)8:30~17:00 ※(土)は~12:00まで
 内科・耳鼻科 0263-51-2350 (月)~(金)8:30~17:00
 整形外科 0263-51-2390 (月)~(金)8:30~17:00
 放射線検査室 0263-51-2097 (月)~(金)9:00~17:00
 () 0263-51-()

松本歯科大学病院