

旭川赤十字病院 共同利用申込書

〒070-8530
旭川市曙1条1丁目1番1号
旭川赤十字病院

[医療機関]
住所 〒
名称

地域医療連携室 宛

FAX: 0166-22-8287

TEL: 0166-22-8111(内線1188・1189)

0166-22-8133(直通)

主治医

FAX:

TEL:

[患者情報]

フリガナ 患者氏名	様	性別	男・女
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	(歳)	
〒		電話番号	
住所	-		
希望日時	第1希望 年 月 日 (時頃)	第2希望	年 月 日 (時頃)

[傷病名]	[依頼目的]
-------	--------

[検査項目] ※共同利用申込書(本票)とは別に紹介状の作成をお願いします。※同日2部位の撮影は原則として行っておりません

● 読影要否 要・不要 ● 画像提供方法 CD のみの提供になります

CT検査 : 頭部 頸部 胸部 胸腹部(胸～骨盤) 腹部(肝～骨盤) その他(部位)
造影 : 無 有 (放射線科医の判断で造影剤使用を中止することもあります。)※1
造影剤使用を希望する場合⇒★腎機能障害: 無:(Bun値 Cre値) 有
★CT造影剤、ヨード過敏症 : 無 有★重篤な甲状腺疾患 : 無 有

※撮像法は適宜決定します。【 】は撮像部位を選択、記入してください。
MRIが使用できない体内金属が判明した場合は検査を中止することがあります。

MRI検査 : 脳 頸椎 胸椎 腰椎 肝 MRCP(胆道) 腎・副腎 その他の腹部【 膵・胆・脾 】
婦人科【 卵巣・子宮 】 前立腺 その他の骨盤部【 膀胱・リンパ節 等 】 頸部
整形外科【 肩・膝・股関節・その他() 】 乳腺 軟部組織
造影 : 無 有 (放射線科医が必要な造影剤を選択します。また、造影剤使用を中止することもあります。)※1
造影剤使用を希望する場合⇒★腎機能障害: 無:(Bun値 Cre値) 有
★MRI造影剤過敏症 : 有 無 ★喘息 : 無 有

※MRI検査の場合は以下の項目に必ずご記入をお願いします。

①～④で「有」の場合、MRI検査はできません。
⑤⑥で「有」の場合、MRI検査の可否について事前に確認願います。

①心臓ペースメーカー: 無 有 ②人工内耳や神経刺激装置等: 無 有
③磁力で装着する義眼: 無 有 ④カプセル内視鏡または イレウス管: 無 有
⑤体内金属や精密機械: 無 有 【※確認願います: MRI撮影可 撮影不可…予約できません】
「有」の方は、以下の当てはまるものを○で囲ってください。
人工弁 脳動脈瘤クリップ V-P(L-P)シャント 人工関節 髄内釘 スtent 外傷による金属(鉄片や銃弾等)
置き針 避妊リング その他()

⑥歯科インプラント: 無 有 【※確認願います: MRI撮影可 撮影不可…予約できません】
⑦入れ墨(タトゥー)やアートメイク(まゆ毛、アイライン等): 無 有 (※脱色、やけど、皮膚の炎症を起こす可能性があります)
⑧内視鏡での胃腸のポリープ切除あるいは止血処置(1週間以内): 無 有
⑨閉所恐怖症: 無 有 ⑩妊娠: 無 有 ⑪前回検査: 無 有

RI検査 : 骨シンチ(体重:) ガリウムシンチ(体重:) 脳血流SPECT DATスキャン その他()

超音波 : 頸部 腹部(部位:)

生理機能検査: 脳波 肺機能検査 ※生理機能検査は、検査結果のみとなります

※1 造影検査の場合はCT又はMRI用の「造影検査同意書(チェックリスト)」と「造影検査説明書」を確認後、申込書とあわせてFAX願います。なお、MRI造影検査チェックリストは【実施予定の検査1～3】全てにチェック願います。 2020.2