CT，MRI 等の放射線画像検査をご依頼いただく前に

常日頃済生館に患者様をご紹介いただき、ありがとうございます。
患者様に安全に検査いただくために、以下の項目につき、事前にお知らせください
いますようお願い申し上げます。（下記まで電話後、Fax をお願いします）

済生館　地域医療連携室　℡　023-626-6516（医療機関専用ダイヤル）
Fax　023-626-6517

ご紹介患者様　氏名＿＿＿＿＿＿様　　年齢＿＿＿歳　　性別　（男性　・　女性）
ご希望の検査（CT　／　MRI　／　　その他＿＿＿＿＿＿＿＿）

検査部位＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　診断名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
検査目的（転移再発診断　質的診断　存在診断　スクリーニング　その他）
（具体的に＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
※　撮影方法に関するご希望が特にありましたらお書きください
（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

感染症　（　HBV　HCV　HIV　STS　MRSA　その他＿＿＿＿＿＿　・無　）
妊娠　（　有・無　）　　30 分以上安静（　可・不可　）　　閉所恐怖症（　有・無　）
造影剤アレルギー歴（　有・無　）　　気管支喘息　（　有・無　）　腎機能異常　（　有・無　）
その他のアレルギー　（　有（＿＿＿＿＿＿）・無　）　　糖尿病薬内服　（　有・無　）

〈これ以下は MRI 検査をご希望の場合のみ、ご記入ください。〉
心臓ペースメーカー　（　有・無　）　　その他の体内埋め込み型電子機器　（　有・無　）
動脈瘤クリップ　（　有・無　）　歯科用インプラント　（　有・無　）　入れ墨　（　有・無　）
その他の体内金属
（　有：詳細具体的に：（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）・無　）

ご　希　望　媒　体　　デュープ　　・　　CD-ROM
（必要な媒体に○をしてください）

問診された先生の御名前＿＿＿＿＿＿＿＿先生　　御施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※　**造影剤を使用する可能性がありますので、午前の検査は朝食を、午後の検査は昼食をとらずに来院するようご高配願います。（飲水は可能です）**

山形市立病院済生館　地域医療連携室／中央放射線室