

泌尿器疾患 画像検査依頼状(診療情報提供書)

年 月 日

順天堂大学医学部附属静岡病院  
地域医療連携室 行

FAX 055-948-2103(直通)

※ 10～20分以内で折り返しお返事致します。

ご紹介元	
医療機関名	
医師	印
FAX番号	

患者氏名 殿 (男・女)  
生年月日 年 月 日生 歳  
住所 電話番号

身長 cm 体重 kg

病名【 ※必ずご記入下さい。

紹介目的等をご記入下さい。

検査項目	
<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT	検査部位 腹部・脊椎・骨盤・前立腺・膀胱・腎臓・その他( ) 造影剤使用 有・無 CT造影有の場合 (動脈相・静脈相・排泄相) CT撮影条件 (5mmスライス・1cmスライス) 喘息 (有・無) 腎機能 (良・不良) Cre( )※3ヶ月以内のデータを記入して下さい。 薬物アレルギー (有・無) 注意事項 <ul style="list-style-type: none"> <li>・MRI用体内金属ドクターチェックのご提示をお願いします。</li> <li>・造影剤の使用にあたっては、MRI検査又はCT検査に関する説明と同意書のご提示をお願いします。</li> </ul>
<input type="checkbox"/> 骨シンチ	注意事項 <ul style="list-style-type: none"> <li>・放射線医薬品使用承諾書のご提出をお願いします。</li> <li>・同一月内のGaシンチとPET-CTは、保険対象外となります。</li> <li>・食事制限や前処置等の指示は、予約時に確認して下さい。</li> </ul>
<input type="checkbox"/> PET-CT	検査目的 良・悪性鑑別・病期診断・転移検索・再発診断 腫瘍マーカー ( )・( )・不明 糖尿病 (有・無) ※施行済画像 CT・MRI・US・その他( ) 注意事項 <ul style="list-style-type: none"> <li>・PET-CT検査同意書のご提出をお願いします。</li> <li>・同一月内の同一病名による複数回のPET検査は適応になりません。</li> <li>・悪性腫瘍病名(確定) ただし早期胃癌を除き悪性リンパ腫を含む</li> <li>・他の検査、画像診断(※1)により病期診断、転移、再発の診断ができない患者 (※1)他の検査、画像診断とは、CT、MRI、超音波検査、消化管造影、マンモグラフィー等</li> </ul>

当院受診の有無 有・無

当院に受診歴のない場合は、新規に患者様のIDを作成し予約させていただきます。

# MRI用体内金属ドクターチェック

ID : 患者氏名 : 問診日 :

## オーダー時確認項目

### 禁忌項目 (患者基本への入力必須)

検査可能

- 人工内耳の植え込み
- 心臓ペースメーカー (ICD含む) 植え込み
- 体内埋め込み式インスリンポンプ
- 磁石式人工肛門

### 入院用術後確認項目

- J-VAC
- 硬膜外麻酔チューブ等に接続されている注入器具
- スワングンツカテーター

### 特殊機器確認項目

- 深部脳刺激装置 (DBS)
- 迷走神経刺激装置
- 骨成長刺激装置

### 手術による影響項目 (場合によって検査可能)

検査可能

- 金属製の心臓人工弁 (1964年以前)
- 血管や胆道、尿道、気管支にステントが入っている
- 2000年 (平成12年) 以前に脳動脈瘤 (くも膜下出血) にて、クリッピング術・コイルリング術等の手術を受けた事がある。

その他手術名 :

### 注意事項 (検査を中断する場合があります)

チェック

- 刺青 (発熱・変色の恐れがあります)
- 金属研磨業で働いたことがある (失明の恐れがあります)
- 妊娠している (12週以上が望ましい)

造影検査の場合、3か月以内採血結果が必要となります