

## 画像診断依頼連絡票

**患者情報** 下記の連絡先に北九州市立八幡病院よりご連絡差し上げることがあります。

フリガナ		性別	男・女
氏名			
生年月日	年 月 日 ( 歳 )		
住所			
連絡先	自宅	携帯	
介助が必要な方で、お一人で来院される場合はチェックをお願いいたします。			

検査依頼日時 令和 年 月 日 ( : )

### 依頼内容

CT検査	検査部位	頭部 頸部 胸部 腹部 四肢 その他 ( )
	造影の有無	単純 造影 放射線科医師に一任 造影剤禁忌
	注意事項	ペースメーカー等医療機器手帳をお持ちの方は持参させてください。
MRI検査	検査部位	頭部 頸部 胸部 上腹部 下腹部 四肢・軟部組織 脊椎(頸椎 胸椎 腰椎) その他 ( )
	造影の有無	単純 造影 放射線科医師に一任 造影剤禁忌
	注意事項	問診票は、FAX でご送付していただき、検査日に持参させて下さい。 ペースメーカー・ICD 留置の方は当院循環器内科の受診が必要です。

**造影検査時の注意事項** 腎機能障害の有無(有・無)

検査日( 月 日 ) 3 カ月以内の血清クレアチニン値( mg/dl ) または eGFR 値( ml/min )

超音波検査 (月曜日 午前のみ)	検査部位	腹部 頸部 甲状腺 その他 ( )
RI検査 (月・木曜日)	検査部位	ダットスキャン 脳血流(安静 $^{123}\text{I}$ -IMP) 骨( $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -HMDP) 心筋交換神経( $^{123}\text{I}$ -MIBG)
骨密度検査	検査部位	腰椎 + 大腿骨頸部

**放射線検査時の注意事項** 持続血糖測定器・インスリンポンプの装着有無(有・無)

装着している場合は、検査前に必ず取り外してからご来院ください。

### 紹介元医療機関情報

医療機関名		担当医師	
-------	--	------	--

手続きの確実性確保のため、もれなく正確にご記入ください。

患者さんには別途、診療情報提供書を持参させて下さい。