

TEL 04-7141-7121 (地域連携室直通)

【FAX】 04-7141-1116

フリガナ

患者様名

□男・□女

撮影日時

年

月

日

生年月日

年

月

日

□午前 □午後

時

分

電話番号

-

-

■ CT		■ MRI	
<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 側頭骨 <input type="checkbox"/> デンタル	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 聴器 <input type="checkbox"/> VSRAD
<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 耳下・顎下腺 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 耳下・顎下腺 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 縦隔・肺 <input type="checkbox"/> 肋骨	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 乳房
<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 上・下腹部	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 胆・膵 <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 胸腹部	<input type="checkbox"/> 胸～上腹部 <input type="checkbox"/> 胸部～下腹部	<input type="checkbox"/> 下腹部	<input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 脊椎	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 脊椎	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎
共通	<input type="checkbox"/> 上肢(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)	<input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手指	
	<input type="checkbox"/> 下肢(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)	<input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 足	

検査前チェック

共通	妊娠(もしくは可能性がある) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (妊娠初期は原則、検査不可。初期以降は要相談)
MRI	体内埋込型医療機器 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (種類等により検査不可)

造影剤の有無 有 無 (チェック無しは単純とします)

原則造影不可	造影剤副作用既往 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
主治医の判断(有の場合、項目にチェック)	腎障害 <input type="checkbox"/> Cr() アレルギー <input type="checkbox"/> ()
CT造影の場合、ヒグアナイド系糖尿病薬の休薬	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

造影検査・上腹部検査を受けられる方は検査の4時間前より食事を摂取しないようご指導願います。

【臨床診断】

【検査目的】

【読影】 要(郵送のみ) ・ 不要

【記録媒体】 フィルム ・ DVD (郵送 会計時渡し)

紹介医療機関の名称
所在地
電話番号
医師名

TEL 04-7141-1117

フリガナ

患者様名

□男・□女

撮影日時

年

月

日

生年月日

年

月

日

□午前 □午後

時

分

電話番号

—

—

検査を受けられる患者様へ

- ・当日は**保険証とこの用紙**をお持ちになり、検査予約時間の**20分前**には受付にお越しください。
- ・指定の日時に来院できない場合、又は変更等がございましたらご連絡ください。04-7141-7121(地域連携室)

来院前の確認事項を必ずご確認ください

「はい」のチェックが1つ以上ある場合、検査が出来ないことがあります。

ご不明な点がございましたらご連絡ください。

検査を受ける全ての方

(1) 妊娠初期3ヶ月以内、もしくは妊娠の可能性はありますか？ 要相談となります。	□いいえ	□はい
(2) 検査当日の飲食について(腹部検査の方のみチェックをお願いします) ・CT/MRI検査ともに「上腹部」の検査部位の方は検査前4時間以降の食事をご遠慮ください(飲水は可) ・CT/MRI検査ともに「下腹部」の検査部位の方は可能な限り検査前1時間以降の排尿をお控えください。 ・MRI検査の方で「胆・膵」の検査部位の方は検査前2時間以降の飲水もお控えください。 ・MRI検査の方で「上/下腹部」の検査部位の方は検査当日、鉄サプリメント・鉄剤を服用しないでください。		□ □ □ □

MRI検査を受ける方

(1) 体内埋込型電子機器類のある方は検査が出来ません。該当するものはありますか？ □ペースメーカー □人工内耳 □脳脊髄刺激電極 □埋込式インスリンポンプ □金属製の義眼	□いいえ	□はい
(2) 上記以外の体内金属・外せない金属はありますか？ □脳動脈クリップ □体内クリップ □シャントチューブ □インプラント □その他 金属の種類により検査できない場合がございます(チタン製の整形外科的金属は検査可能) 種類(なにが)、部位(どこに)、時期(いつ)、材質等を確認させていただく場合があります。	□いいえ	□はい
(3) 刺青・アートメイク・ジェルネイルをしていますか？ 検査部位に近いと検査できない場合があります。 材質によって火傷・変色することが、ごく稀にございます。	□いいえ	□はい
(4) 閉所恐怖症ですか？ 個人差はありますが、検査できない場合がございます。	□いいえ	□はい

造影の有無が「有」の方(造影剤という薬剤を静脈に注入して検査を行います)

(1) 腎臓のご病気や腎障害がありますか？ 可能でしたら直近の血液データをご持参ください。	□いいえ	□はい
(2) 気管支喘息と診断されたことはありますか？ ごく稀に喘息を誘発することがございます。	□いいえ	□はい
(3) 過去に造影検査で副作用を起こしたことがありますか？ 造影できない場合があります。	□いいえ	□はい
(4) 現在、授乳中ですか？ 造影検査後、48時間の授乳をお控えください。	□いいえ	□はい
(5) 何かアレルギーはありますか？ 検査当日、放射線技師にご相談ください。	□いいえ	□はい
※造影剤の使用により病態の詳しい情報を得られますが、時に吐き気やじんま疹などアレルギー症状が見られることがあり、非常に稀(0.05%以下)ですがショックや呼吸困難といった副作用も起こることがあります。ほとんどは薬剤使用後30分以内に起き、稀に1時間～数日後に遅れてでる場合もございます。		□

今回の検査、及び造影に同意します。

年 月 日 ご本人または代理人署名

(続柄)