

TEL 04-7141-7121 (地域連携室直通)

【FAX】 04-7141-1116

フリガナ

患者様名

(旧姓) 男・女  
※診療歴確認のため

生年月日

年 月 日

電話番号

- -

希望日

第1希望 年 月 日 午前 午後

第2希望 年 月 日 午前 午後

第3希望 年 月 日 午前 午後

■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

妊娠(もしくは可能性がある) 無 有(妊娠初期は原則検査不可。初期以降は要相談)

造影剤の有無 無 有 (有の場合は以下の枠内もご記入ください)

・造影剤副作用既往 無 有 (有は原則造影不可)

・腎障害 無 有 Cr( ) アレルギー 無 有 ( )

・CT 造影の場合、ヒグアナイド系糖尿病薬の休薬 無 有 (薬剤名 )

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 (後日郵送) 不要

【記録媒体】 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 04-7141-7121 (地域連携室直通)

【FAX】 04-7141-1116

フリガナ  
 患者様名 (旧姓) 男・女  
※診療歴確認のため

生年月日 年 月 日

電話番号 - -

希望日

第1希望 年 月 日 午前 午後

第2希望 年 月 日 午前 午後

第3希望 年 月 日 午前 午後

CT検査を受けられる患者様へ

- ・当日は①マイナンバーカード(保険確認証)と②診療情報提供書と③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、まずは依頼された医療機関へご相談ください。

来院前の確認事項を必ずご確認ください

チェックに「はい」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。

(1) 妊娠、もしくは妊娠の可能性はありますか？(はいの場合、要相談になります)	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 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)		
・「上腹部」の検査の方は検査前4時間以降の食事をご遠慮ください。(飲水は可)	<input type="checkbox"/>	
・「下腹部」の検査の方は可能な限り検査前1時間以内の排尿をお控えください。	<input type="checkbox"/>	

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。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 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？はいの場合、造影できないことがあります。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 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みられることがあり、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。	<input type="checkbox"/> 理解した	

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 )

流山おおたかの森駅【東口】、豊四季駅【南口】より無料送迎バス有り(詳細はホームページ参照)

TEL 04-7141-7121 (地域連携室直通)

【FAX】 04-7141-1116

フリガナ  
 患者様名 (旧姓) 男・女  
※診療歴確認のため

生年月日 年 月 日

電話番号 - -

希望日

第1希望 年 月 日 午前 午後

第2希望 年 月 日 午前 午後

第3希望 年 月 日 午前 午後

**MRI検査を受けられる患者様へ**

- ・当日は①マイナンバーカード（保険確認証）と②診療情報提供書と③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、まずは依頼された医療機関へご相談ください。

事前確認項目	あり	なし
1. ペースメーカー ※MRI対応・非対応ともに検査不可	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 脳動脈クリップ、金属製人工心臓弁、MRI非対応のフィルター、人工内耳、 その他の体内電子電気部品や神経刺激装置 ※MRI非対応は検査不可	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 脳外用シャントチューブ ※医師の確認が必要です	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 体外電子電気部品 (心電図、J-VAC、インスリンポンプ等) ※検査当日、外して検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 他院施行の内視鏡用クリップ ※施行医師の確認が必要 (おおたかの森病院で施行したクリップは検査可能)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. スtent、コイル、フィルターなど (MRI対応型には留置直後対応と留置直後非対応で6週経過後検査可能な2種類があります) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 20~30年以上前の製品 (検査不可の可能性あり) <input type="checkbox"/> MRI対応 (留置直後対応) <input type="checkbox"/> MRI対応留置直後非対応		
7. 磁性体 (歯科用磁性インプラント、磁力装着義眼等) ※確認が必要 (磁性義眼は検査不可)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 体内金属 (整形外科的金属、美容整形用金糸、眼球内金属片等) ※場合により検査不可	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 目のメイクアップ用品、爪の装飾 (ジェルネイル等)、アートメイク、入れ墨、 ヘア用品 (エクステ、ヘアパウダー等)、カラー・ディファインコンタクト等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 医療用品 (入れ歯、補聴器、DIBキャップ、体温計、電極、酸素ボンベ、輸液ポンプ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 閉所恐怖症はありますか? ※事前に医師や技師にご相談ください	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>該当する項目について確認と説明をお願いします</b>		
	はい	いいえ
12. 造影検査のある方で腎機能障害、アレルギー、気管支喘息等がありますか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 造影検査のある方は4時間前から絶食 (飲水可) してください	<input type="checkbox"/>	説明済み
14. 造影検査のある方で授乳中ですか? ※造影剤使用後48時間の授乳禁止	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 上腹部検査の方は4時間前から絶食、2時間前から飲水も控えてください	<input type="checkbox"/>	説明済み
16. 下腹部検査の方は4時間前から絶食、可能であれば90分前から排尿を控えてください	<input type="checkbox"/>	説明済み
17. 妊娠中または妊娠の可能性がありますか? ※妊娠13週未満の場合は検査ができないことがあります	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 手術歴やアレルギー等を こちらに記入してください		

説明年月日： 年 月 日

説明医師署名：

検査当日に放射線技師がお伺いします	あり	なし
1. 貴重品等 (アクセサリ、時計、眼鏡、ヘアピン等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 貼付剤 (ニトロゲム、湿布、カイロ、置き針、エレキバン、フェンタニル等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ヒートテックやエアリズム、遠赤外線下着等の機能性肌着	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

技師名

今回の検査、及び、造影に同意します。

患者様体重  kg

年 月 日 ご本人または代理人署名 (続柄)