

# 検査依頼票

② 紹介元医療機関の所在地及び名称  電話番号 診療科 ご担当医師名	① 年 月 日	
	フリガナ	性別
	氏名	男・女
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
	住所	〒

③検査内容  <b>MR I</b>  <b>C T</b>	連絡先（日中連絡がとれる電話番号）		身長	cm
	TEL	<small>携帯・自宅 勤務先</small>	体重	kg
	⑤検査希望日時			
	月 日 曜日	第1希望	午前・午後	時 分より
	第2希望	午前・午後	時 分より	
	第3希望	午前・午後	時 分より	
予約時間の30分前にご来院頂こうお伝えください。				

⑥ 内容	⑦ 画像提供（CD-Rのみとなります）
<input type="checkbox"/> 撮影のみ	<input type="checkbox"/> 当日ご本人（ご家族）へお渡し ※読影結果後日
<input type="checkbox"/> 撮影+読影（所見）	<input type="checkbox"/> 後日結果と一緒に送付
<input type="checkbox"/> その他（ ）	

⑧ 検査項目（項目を○で囲み、必要事項をご記入ください。） ※詳細は⑨へご記入ください。	
MR I (1.5テスラ) ※非造影のみです	・頭部（MRA含みます） ・頸椎 ・胸椎 ・腰椎 ・四肢、関節（左・右 部位名： ） ・骨盤領域
CT (16列) ※非造影のみです	・頭部 ・胸部 ・腹部 ・その他（ ）

⑨ その他撮影診断に必要な情報
紹介目的・既往歴及び・症状経過及び検査結果など詳しくご記入くださいます様、宜しくお願い致します。
・感染症 有・無 (病名： ) ※内容によっては別途「診療情報提供書」の作成をお願いすることがあります。

## ⑩ 下記事項のチェックをお願いいたします

共通	●妊娠もしくは妊娠の可能性	有・無	有の場合は検査できません。
MR I	●埋め込み器具 …ペースメーカー、除細動器、神経刺激装置、義眼、人工内耳	有・無	有の場合は検査できません
	●その他の金属 …クリップ、コイル、ステント、ボルト、人工弁、その他	有・無	有の場合、場所・時期によって検査ができない場合があります。
	●入れ歯、インプラント …磁石で固定するタイプ	有・無	注意が必要です。
	●刺青、アートメイク	有・無	色素によっては火傷、変色の恐れがあるので患者本人の同意が必要です。
	●カラーコンタクトレンズ	有・無	色素によっては火傷、変色の恐れがあるので、検査までに外してください。
CT	●植込み型除細動器	有・無	撮影範囲に有る場合は検査できません
	●医療被ばくに関する説明及び本人承諾	有・無	有でない場合は検査できません

※検査当日の間診時に当院における禁忌事項に該当した場合には、検査を中止します。