

診療情報提供書 (CT・MRI 検査依頼票)

予約受付・新山手病院放射線技術科 (直通) TEL:042-391-5772

年 月 日

フリガナ
氏名

生年月日・性別

日中連絡可能な電話番号 ()

紹介元医療機関

所在地

名称

ご担当医師名

印

TEL:

FAX:

予約日時

月 日 時 分より

※予約時間15分前までに受付をお願いします

造影剤使用 有 無

※薬剤アレルギー・喘息、Cre1.2以上の方は造影不可

検査目的 (臨床診断、主症状、現症、検査所見)

CT

CT 依頼内容

頭部 頸部 デンタル 胸部 冠動脈 腹部 骨盤腔

その他 ()

CT 確認事項

・喘息・薬剤アレルギー (有 無) ※有の場合、造影不可

・腎機能障害 (有 無 Cre) ※Cre1.2以上の方、透析中の方は造影不可

・妊娠もしくは妊娠の可能性 (有 無) ※有の場合はCT検査できません

MRI

MRI 依頼内容 (*検査時間が長いので、部位指定は1つでお願いします)

頭部 () 頸部 心臓 乳腺 (R・L) 肝臓 胆・膵 脾臓

腎・副腎 大動脈 子宮卵巣 膀胱 前立腺 頸椎 胸椎 腰椎 仙椎

股関節 (R・L) 膝関節 (R・L) 肩 (R・L)

その他 ()

MRI 確認事項

・心臓ペースメーカー・人工内耳 (有 無) ※有の場合、原則検査できません

・脳動脈クリップ (有・磁性体・非磁性体・不明 無) ※有の場合、磁性体・不明は検査できません

・人工骨頭・クリップ等の体内金属または異物等 (有 無)

(部位: 種類:) ※有の場合にご相談ください

・着脱可能な歯科矯正器具、外科的固定具、義眼等 (有 無)

(部位: 種類:) ※有の場合にご相談ください

・検査中 (30分~60分) における被験者の静止状態 (静止可 不可)

(対処方法:) ※不可の場合、検査ができない場合があります

・閉所恐怖症 (有 無) ※有の場合、検査ができない場合があります

・目の中に金属片が入っている可能性がある場合 (金属加工経験者等) はご相談ください (有 無)

・入れ墨が検査部位に含まれる方はご相談ください (変色、ただれ、やけどの可能性あり) (有 無)

・喘息・薬剤アレルギー (有 無) ※有の場合、造影不可

・腎機能障害 (有 無 Cre) ※Cre1.2以上の方、透析中の方は造影不可

・妊娠もしくは妊娠の可能性 (有 無) ※有の場合、原則検査できません

※まずはお電話で検査日時をご予約ください。

ご連絡先:新山手病院放射線技術科

TEL:042-391-5772(直通) ※病院代表 391-1425