

検査予約依頼票

ご依頼元医療機関名

検査日時

		年 月 日		時 分	
フリガナ 患者氏名	様	男・女	生年月日	T・S・H・R	年 月 日
			身長・体重	cm,	kg
住所					

ご依頼検査

CT	MRI	造影剤	有・無	読影	有・無
撮影部位	1. 頭部	4. 腹部	7. 上肢(右・左)	備考(撮影部位詳細)	
	2. 頸部	5. 骨盤	8. 下肢(右・左)		
	3. 胸部	6. 脊椎(頸椎・胸椎・腰椎)			

骨密度測定検査 (検査は4ヶ月に1回を限度)	1. 腰椎+大腿骨	2. 腰椎のみ
前回検査 有(年 月 日) ・ 無	3. 大腿骨のみ	4. 前腕のみ

※骨密度検査は身長・体重も必須記入願います。

その他(病歴・検査目的等は必須記入願います)

--	--

●MRIに関する質問 (MRI撮影依頼時のみ記入)

1. 以前にMRI検査を受けたことがありますか。 なし あり
2. 体内に金属(インプラント含む)は入っていますか。 なし あり()
3. 体内にペースメーカーは入っていますか。 なし あり→【検査不可です】
4. 狭いところが苦手(閉所恐怖症)だと感じますか。 感じない 感じる

●造影検査に関する質問 (造影剤使用のみ記入)

1. 造影剤を使った検査を受けたことがありますか。
 ない ある(ある方は下記を記入下さい)
その時、具合が悪くなりませんでしたか。
 ならなかった なった(吐き気・嘔吐・かゆみ・蕁麻疹・血圧低下・その他())

2. (依頼元医療機関記載) ビグアナイド系糖尿病薬の検査前後48時間づつ休薬(CTのみ)。 説明済み
CT造影(ヨード系造影剤)の場合、ビグアナイド系糖尿病薬の検査前後48時間づつ休薬をお願いします

※造影剤を使用する際は、医療機器の共同利用とは異なり事前に検査予約依頼票と紹介患者用診療申込書と保険証のコピーと採血結果を当院までFAX送信願います。