

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
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 3. 大腿骨のみ
・ 前回検査 なし ・ あり (年 月 日)
・ 腰椎や大腿骨に金属 (インプラント含む) は入っていますか。 なし ・ あり ()

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 依頼時のみ)

- 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 ()
- 体内にペースメーカは入っていますか。 なし あり→【検査不可です】
- 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

※化粧品アイメイク・ネイルアートには金属成分が含まれている物もありますので検査当日はししないで下さい。
また、コンタクトレンズは外していただきますので、検査当日は眼鏡または保存容器・溶液をご用意下さい。

●造影検査に関する質問 (造影剤使用時のみ)

- 造影剤を使った検査を受けたことがありますか。 はい いいえ
「はい」の方へ、その時は具合が悪くなりましたか。 はい いいえ
どのような症状でしたか。 吐き気・嘔吐・かゆみ・蕁麻疹・血圧低下・その他 ()
- ビグアナイド系糖尿病薬の検査前後 48 時間ずつ休薬 (CT のみ) を行いますか。
 はい→【休薬期間 / ~ / 】 いいえ

※CT 造影検査 (ヨード系造影剤) では、原則、検査前 48 時間から検査後 48 時間まで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・紹介患者用診療申込書・保険証のコピー・採血結果を、当院へ FAX で送信をお願いいたします。