

MRI・CT検査予約依頼票

長田病院予約専用連絡先
FAX0120-261-233
電話0944-72-6020

申込日:令和 年 月 日

医療機関名
(担当医)

フリガナ 患者氏名 生年月日: ☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日生 (歳)	住所 TEL
医療保険 ☐ 国保 ☐ 社保 (本人・家族) ☐ 後期 ☐ 障害 ☐ 自賠 ☐ 労災 ☐ 自費 ☐ その他 ()	
◎傷病名、主訴及び臨床所見・経過などご記入下さい	
◎紹介・検査目的	

希望検査日 年 月 日 () 曜日 午前 ・ 午後 時 分

ご依頼検査 ☐ 診察まで依頼 ☐ 検査のみ ※診察まで依頼の場合は診療情報提供書の添付をお願いします。(必須)

※同一患者さんで同一日にCT検査とMRI検査は出来ませんのでご了承下さい。

☐ MRI検査 造影剤使用 有 ・ 無 ※造影剤使用の場合は腎機能のデータを記入して下さい。	☐ CT検査 造影剤使用 有 ・ 無 ※造影剤使用の場合は腎機能のデータ及び糖尿病治療薬名を記入して下さい。
☐ 頭部 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 骨盤部 ☐ 脊椎 (☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 胸腰椎移行部 ☐ 腰椎) ☐ 四肢 (☐ 肩 ☐ 膝 ☐ その他) ☐ その他部位 ()	☐ 頭部 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 骨盤部 ☐ 脊椎 (☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎) ☐ 四肢 (☐ 肩 ☐ 膝 ☐ その他) ☐ その他部位 ()

◎検査を安全に行うために下記項目の確認をお願いします。

体重 (kg) 採血日 () 腎機能 Cr () BUN () 糖尿病治療薬名 () HBs-Ag (+) (-) HCV (+) (-) ヨードアレルギー 無・有 その他アレルギー 無・有 種類 ()
--

MRI の 場 合 は 必 ず ご 記 入 下 さ い	検査出しの状態	独歩 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー
	気管支喘息	無 ・ 有 有の場合、造影検査が出来ない場合もあります
	心臓ペースメーカー・人工内耳・頭部シャント	無 ・ 有 有の場合、検査は行えません (MRI対応の場合も不可)
	脳動脈瘤クリップ	無 ・ 有 いつ頃 (年)
	血糖測定センサー (リブセンサー)	無 ・ 有 有の場合、取り外さないと検査は行えません
	経皮吸収貼付剤 (ノルスパンテープ等)	無 ・ 有 有の場合、取り外さないと検査は行えません
	人工骨頭・クリップ等の金属物等の異物	無 ・ 有 部位 () いつ頃 (年)
	脱着不可能な歯列矯正具 インプラント (磁石式) 外科的固定具、義眼等	無 ・ 有 有の場合、検査が出来ない場合もございます いつ頃 (年)
	検査中 (30分前後) に於ける 被検者の静止状態	可 ・ 不可 対処方法 ()
	閉所恐怖症	無 ・ 有
	妊娠の可能性	無 ・ 有 妊娠 (週)
	感染症 (MRSA等)	無 ・ 有 種類 ()
持続注入器等の金属機器・酸素ボンベ	無 ・ 有 酸素 (0)	