

MRI・CT検査予約依頼票

長田病院地域連携室

FAX0120-261-233

電話0944-72-3713

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)	男・女 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)	