

放射線検査予約申込書

《 紹介患者情報 》

<フリガナ>
患者氏名： _____ 様
生年月日：明・大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日
性別： 男性 ・ 女性
TEL 番号： _____
住所： 〒 _____

《 紹介元情報 》

<フリガナ>
医療機関名： _____
所在地： 〒 _____
TEL 番号： _____
FAX 番号： _____
診療科： _____ 科
ご担当医師名： _____ (印)

《 検査区分 および 検査予定日 》

MRI / CT < 月曜日 ~ 土曜日 >
月 日 () 8:30 / 11:30 / 16:00
※冠動脈CT検査は月~金曜日16:00のみ予約可能

骨密度 月 日 () 時間： _____
< 月曜日~金曜日・13:30~16:00 >
セファロ撮影 / パノラマ撮影
月 日 () 時間： _____
< 月曜日~土曜日・13:30~16:00 >

《 画像出力 》

フィルム / CD-R / 出力無し

※出力した画像(造影検査は除く)は
原則患者様にお持ち帰り頂きます
※冠動脈CT検査の画像出力はCD-Rのみ対応です

※上記3検査については下の点線エリアまでご記入下さい
※レポートにつきましては、出来次第お送りいたします

《 検査部位 》

頭部()
 インプラント用下顎検査 <CTのみ/解析なし>
 頸部()
 冠動脈() <CTのみ>
 胸部()
 腹部(上腹部 ・ 下腹部)
 椎体(頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ・ 仙尾椎)
 上肢(右 ・ 左)
 下肢(右 ・ 左)
※ MRIの複数部位の同時撮像はできません
※ ()内に詳細内容を記載してください

《 造影剤使用について 》

無 有※ 一任(検査時に判断)※
※ 造影が「有」or「一任」の場合は、『造影剤同意書』(別紙FAX)が必要です

造影剤使用前確認事項

- 造影剤の使用経験.....有・無
- 造影剤の副作用経験.....有・無
※「有」の場合は造影剤使用できません
- 薬物アレルギー.....有・無
- 喘息.....有・無
※「有」の場合は造影剤使用できません
- 腎機能[クレアチニン(Cr値) _____ mg/dl]
※記載ない場合は造影不可です
※緊急冠動脈CT検査時で腎機能検査結果が間に合わない場合のみ当院にて迅速Cr測定可能です
- 授乳中.....有・無
※授乳中の場合48時間は授乳できません

《 MRI検査前確認事項 》

- 体内金属.....有・無
[具体的に _____]
- 刺青・アートメイク.....有・無
- インプラント(磁石固定型).....有・無
- 閉所恐怖症.....有・無
- 妊娠初期(3ヶ月以内)or 妊娠の可能性.....有・無
※ 「有」の場合、検査が出来ないことがあります
※ 妊娠に関しては検査不可

《 備考・特記事項 》
