

# 診療情報提供書(検査依頼票)

年 月 日

氏名  男性  女性

生年月日

日中連絡の取れる電話番号

紹介元医療機関等名称

診療科名 ☎

ご担当医師氏名

予約日時(MRI・大腸CTのみご予約)

月 日 午前 午後 時 分

検査区分

MRI  CT

※造影は実施していません

依頼部位

<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 顔面	<input type="checkbox"/> 顎関節	<input type="checkbox"/> 下垂体	<input type="checkbox"/> 副鼻腔
<input type="checkbox"/> 頸部				
<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 仙椎	
<input type="checkbox"/> 肺	<input type="checkbox"/> 縦隔	<input type="checkbox"/> 乳腺		
<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 子宮卵巢
<input type="checkbox"/> 大腸CT				
<input type="checkbox"/> 肩(左・右)	<input type="checkbox"/> 上腕(左・右)	<input type="checkbox"/> 肘(左・右)	<input type="checkbox"/> 前腕(左・右)	
<input type="checkbox"/> 手関節(左・右)	<input type="checkbox"/> 手(左・右)			
<input type="checkbox"/> 股関節(左・右)	<input type="checkbox"/> 大腿(左・右)	<input type="checkbox"/> 膝(左・右)	<input type="checkbox"/> 下腿(左・右)	
<input type="checkbox"/> 足関節(左・右)	<input type="checkbox"/> 足(左・右)			
<input type="checkbox"/> その他 ( )				

傷病名：

撮影方法・条件の記入(ルーチンの場合は不用)

■MRI禁忌事項■(下記症例はMRIをお受けする事が出来ません)

- 心臓ペースメーカー
- 人工内耳
- 閉所恐怖症
- 妊産婦・現在妊娠の可能性のある方

■CT禁忌事項■(下記症例はCTをお受けする事が出来ません)

- 妊産婦・現在妊娠の可能性のある方

※胸部撮影では心臓ペースメーカーにより撮影不可能な場合もございます。事前にご相談下さい。

【MRI注意事項】(検査にお越し頂くまでに必ずお読み下さい)

- ※ 刺青等について 刺青、美容刺青(眉・アイライン等)は、やけど、発熱、脱色等の可能性があります。
- ※ 当日お持ち頂く物 ①診療情報提供書(本状) ②保険証 ③診察券(当院受診歴のある方のみ)
- ※ 次の物は故障したり検査に影響を与える可能性があります。  
腕時計・メガネ・磁気カード(キャッシュカード、クレジットカード等)・アクセサリ類(ヘアピン、ピアス、ネックレス、ブレスレット等)・金属の付いた着衣・その他(補聴器、かつら、磁石式入れ歯、インプラント、エレキバン等)、インスリンポンプ、CGM・FGM(持続グルコース測定)、マグネットネイル

【CT・MRI注意事項】

- ※ 腹部撮影の場合、6時間の食事制限がございます。
- ※ 撮影した画像はCD-Rに保存し紹介病院へお持ち頂きます。作成に30分程度かかります。
- ※ 大腸CTの検査は前処置の説明がございますので事前に来院して頂きます。

読影：  要  不要

CD-R：  簡易Viewer有  簡易Viewer無

武蔵野総合病院 放射線科 ☎049-243-0807 川越市大袋新田977-9 受付時間9:00~17:30

患者様交付用