

ふりがな

患者氏名

生年月日

年

月

日

性別

男
女

電話番号

-

-

住所

(市・区まで)

御依頼医療機関名

電話番号

-

-

FAX 番号

-

-

御担当医師名

検査区分(CT・MRI と核医学検査は同時に予約可能です)

CT

核医学検査(RI)

MRI

その他[]

検査日時

年

月

日

CT

MRI

時

分

RI

注射

時

分

撮影

時

分

造影(CT・MRI)

腎機能 (3 ヶ月以内の検査値)

身長

cm

体重

kg

造影あり

eGFR

mL/min/1.73 m²

糖尿病薬(ビグアナイド系)内服

薬剤名

ダイナミック造影

検査日

年

月

日

当日当院で
検査希望

無

有

(

)

※造影 CT は 30 未満、造影 MRI は 30 未満・透析中は不可

※検査日含め前後 2 日間の休薬が必要

検査部位(具体的に記述または下記から選択してください)

頭 部

胸 部

胸部～腹部

膀 胱

精 巣

頸 部

頸部～胸部

骨盤腔

腎 臓

子宮・卵巣

甲状腺

腹 部

前立腺

副 腎

椎体(頸椎・胸椎・腰椎)

検査部位(MRI)

両乳房(腹臥位)

右乳房(仰臥位)

左乳房(仰臥位)

肝臓 EOB 造影

MRCP

DWIBS

検査部位(核医学検査)

全身骨

レノグラム

レノグラム(負荷)

副腎

甲状腺(Tc)

甲状腺ヨード摂取率

副甲状腺

〈臨床診断名〉

〈検査目的〉

□以下の事項についてご確認ください。

共通

- 妊娠中・妊娠の可能性がある方
- 気管支喘息の既往(完治した小児喘息は可)
- 造影剤アレルギー・副作用の既往

無

有

有りの場合は検査できないことがあります。

無

有

予約時にご相談ください。

無

有

授乳中の方は検査後に授乳制限があります。

MRI

- 体内金属(心臓ペースメーカー・人工内耳・脳動脈クリップ・その他体内金属) 具体的に[]
- 刺青・アートメイク
- 金属工歴

無

有

有りの場合は検査できないことがあります。

無

有

植込み型精密機器(MRI 対応も含む)、取り外しのできない金属や磁性体などは不可。