

ふりがな

患者氏名

生年月日

性別

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 agPatHeight cm

体重 agPatWeight kg

☐ 造影あり

eGFR

mL/min/1.73m²

糖尿病薬(ビグアナイド系)内服 薬剤名

☐ ダイミク造影

検査日

年

月

日

☐ 当日当院で検査希望

☐ 無

☐ 有 ()

※造影CTは30未満は不可。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)摂取率

☐ 副甲状腺

〈臨床診断名〉

〈検査目的〉

以下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

☐ 無

☐ 有

有りの場合は検査できないことがあります。

■気管支喘息の既往(完治した小児喘息は可)

☐ 無

☐ 有

予約時にご相談ください。

■造影剤アレルギー・副作用の既往

☐ 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 []

☐ 無

☐ 有

有りの場合は検査できないことがあります。

■刺青・アートメイク

☐ 無

☐ 有

植込み型精密機器(MRI 対応も含む)、取り外しの

■金属工歴

☐ 無

☐ 有

できない金属や磁性体などは不可。

・状況により当院医師の判断で検査内容が変更になる場合がございます

・オンライン契約(無償)された医療機関様では、画像は当日中、読影結果は翌診療日以降、参照・印刷・ダウンロードしていただけます。