

MRI・CT検査依頼票 (診療情報提供書)

FAX : 04-7159-5139 (地域連携課)

フリガナ 患者氏名				性別	男	女
生年月日	西暦	年	月	日	(才)	
紹介元医療機関名				医師名		

検査予約日	西暦	年	月	日	()	AM・PM	時	分
-------	----	---	---	---	-----	-------	---	---

☐ CT検査		☐ MRI検査	
☐ 頭部	☐ 骨盤腔	☐ 頭部	☐ 骨盤腔 ☐ 四肢
☐ 頸部	☐ 脊椎 ()	☐ 頸部	☐ 頸椎 (肩・肘・手・股関節・膝・足)
☐ 胸部	☐ 四肢 ()	☐ 胸部	☐ 胸椎 ☐ その他
☐ 胸部～骨盤	☐ その他	☐ 腹部	☐ 腰椎 ()
☐ 上腹部	()	↳ (1.肝臓 2.胆嚢 3.膵臓 4.腎臓 5.脾臓 6.MRCP 7.副腎 8.大動脈)	
☐ 上腹部～骨盤			

造影剤	☐ 無 ☐ 有 → ※別に同意書が必要です。	腎機能 (CRE)	mg/dℓ
-----	------------------------	-----------	-------

臨床診断:
既往歴、現症:
(手術歴)
検査目的:

(読影 ☐ 要 ☐ 不要) (返却方法 ☐ CD-Rデータ ☐ フィルム)

【 MRI用検査前チェック 】

心臓ペースメーカー(禁忌) (神経刺激装置含む)	☐ なし ☐ 不明 ☐ あり
人工内耳(禁忌)	☐ なし ☐ 不明 ☐ あり
体内金属	☐ なし ☐ 不明 ☐ あり
手技名【 】	
手術日【 】	
素材【 】	
MRI対応	☐ 確認
(注)体内金属がある場合は、添付文書又は業者にてMRIに対応しているか必ず確認願います。	
義眼・入れ歯	☐ なし ☐ 不明 ☐ あり
インプラント(歯科医師の確認)	☐ なし ☐ 不明 ☐ あり
閉所恐怖症等精神的問題	☐ なし ☐ 不明 ☐ あり
てんかん発作・ぜんそく発作	☐ なし ☐ 不明 ☐ あり
妊娠	☐ なし ☐ 不明 ☐ あり
入れ墨・アートメイク	☐ なし ☐ 不明 ☐ あり
貼付剤 (ニトゲームTTS・ニコチネルTTS・ニュープロパッチ・ノルスハンテープ)	☐ なし ☐ 不明 ☐ あり

※ 必ずチェックをお願い致します。 ※ 医師撮影承諾 ☐ 可 ☐ 不可



千葉愛友会記念病院

〒270-0161

TEL 04-7159-1611(代表)

千葉県流山市鰯ヶ崎1-1

TEL 04-7159-5133(連携課)

Ver.3.01 2019.4

※ 3枚目の予約票を患者様にお渡しください。

MRI・CT検査依頼票(診療情報提供書)

FAX: 04-7159-5139 (地域連携課)

フリガナ 患者氏名			性別	男	女
生年月日	西暦	年	月	日	(才)
紹介元医療機関名			医師名		

検査予約日	西暦	年	月	日	()	AM・PM	時	分
<input type="checkbox"/> CT検査			<input type="checkbox"/> MRI検査					
<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 骨盤腔			<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 骨盤腔	<input type="checkbox"/> 四肢		
<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 脊椎 ()			<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 頸椎 (肩・肘・手・股関節・膝・足)			
<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 四肢 ()			<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> その他		
<input type="checkbox"/> 胸部～骨盤	<input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 腰椎 ()			
<input type="checkbox"/> 上腹部	()			↳(1.肝臓 2.胆嚢 3.膵臓 4.腎臓 5.脾臓 6.MRCP 7.副腎 8.大動脈)				
<input type="checkbox"/> 上腹部～骨盤								
造影剤	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	※別に同意書が必要です。			<input type="checkbox"/> 腎機能 (CRE)	mg/dℓ	

臨床診断:

既往歴、現症:
(手術歴)

検査目的:

(読影 要 不要) (返却方法 CD-Rデータ フィルム)

【MRI用検査前チェック】

心臓ペースメーカー(禁忌) なし 不明 あり
(神経刺激装置含む)
人工内耳(禁忌) なし 不明 あり
体内金属 なし 不明 あり

手技名【 】

手術日【 】

素材【 】

MRI対応 確認

(注)体内金属がある場合は、添付文書又は業者にてMRIに対応しているか必ず確認願います。

義眼・入れ歯 なし 不明 ありインプラント(歯科医師の確認) なし 不明 あり閉所恐怖症等精神的問題 なし 不明 ありてんかん発作・ぜんそく発作 なし 不明 あり妊娠 なし 不明 あり入れ墨・アートメイク なし 不明 あり貼付剤 なし 不明 あり

(ニトダームTTS・ニコチネルTTS・ニュープロパッチ・ノルスハンテープ)

※ 必ずチェックをお願い致します。 ※ 医師撮影承諾 可 不可

千葉愛友会記念病院

〒270-0161

TEL 04-7159-1611(代表)

千葉県流山市鱈ヶ崎1-1

TEL 04-7159-5133(連携課)

Ver.3.01 2019.4

※ 3枚目の予約票を患者様にお渡しください。

MRI・CT検査依頼票(診療情報提供書)

FAX : 04-7159-5139 (地域連携課)

フリガナ 患者氏名				性別	男	女
生年月日	西暦	年	月	日	(才)
紹介元医療機関名				医師名		
検査予約日	西暦	年	月	日	()	AM・PM
						時 分

受付窓口にて検査開始30分前にお越しください。

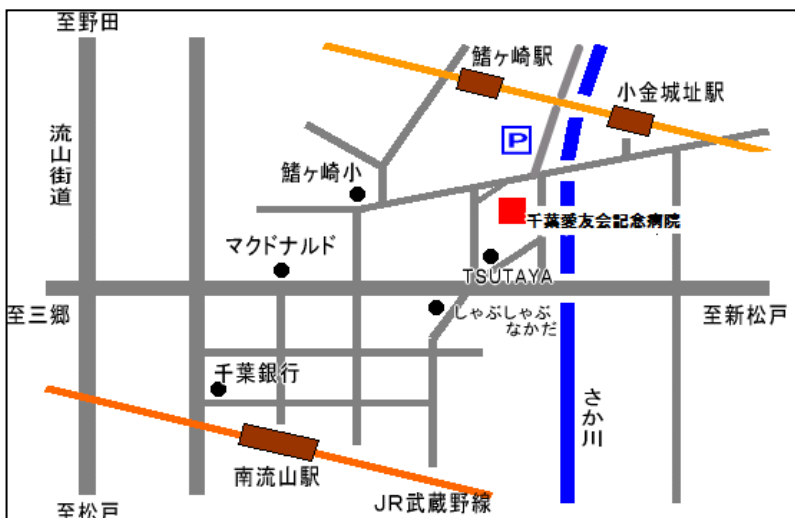
⚠ 厳守していただきたいこと ⚠

～MRIについて～

- (1) ペースメーカー等を装着されている方は、MRI検査を受けることはできません。
* MRI装置の発する強い磁力で、ペースメーカーに誤作動が起きる危険性があります。
- (2) 手術により体内に金属が埋め込まれている方は、主治医にご相談ください。
* 金属の種類によって、検査が可能なものと不可能なものがあります。
- (3) 検査前にお化粧を落としておいてください。
* 化粧品のなかには金属を含むものがあり、熱感・ヤケドのおそれがありますので、ご注意ください。
- (4) 妊娠中の方は、原則としてMRI検査を受けることはできません。
- (5) 造影検査または腹部MRIの場合、食事制限があります。
* 午前検査の場合：検査前日 夜9時以降は、食事をとらないでください。
* 午後検査の場合：検査当日 朝7時頃までに軽く食べ、以降は食事をとらないでください。
□ 水の制限はありません。 □ 胆嚢、膵臓の検査ですので、水は少量のみ可能です。
※ただし、上記どちらの場合でもジュース類を飲むのは避けてください。

～CTについて～

- (1) 造影検査を受ける方
* 検査当日の朝は、食事をとらないで来院ください。水はとってもかまいません。
- (2) 頭部の検査を受ける方
* ヘアピン、イヤリングなどの金属類を身に着けないで来院ください。(はずせるものなら可)
- (3) 腹部の検査を受ける方
* 午前検査の方は、当日の朝食をとらないで来院ください。
* 午後検査の方は、当日の朝食は午前7時頃までに消化の良いものを取り、それ以降は食事をしないで来院ください。水は摂ってもかまいませんが、ジュース類は避けてください。
- (4) 骨盤の検査を受ける方
* 検査時に尿が溜まった状態が望ましいので、来院されてからの排尿は避けてください。
- (5) その他の注意事項
* 検査前のアレルギー・既往歴の問診結果や体調によっては、造影検査をご遠慮願う場合もあります。



千葉愛友会記念病院

〒270-0161

千葉県流山市鰯ヶ崎1-1

TEL 04-7159-5133(連携課)

Ver.3.01 2019.4