

MRI・CT検査依頼書

フリガナ 氏名 M・T・S・H	男・女 年 月 日生 歳	医療機関名 診療科 主治医 電話 () -
貴施設ID番号 ()	身長	cm 体重 kg
予約日時	年 月 日 ()	午前・午後 時 分

【検査を受けられる方へのご注意】

- 当日検査は、他施設ですでに提出されている場合でも、**保険証と依頼書を必ずご持参の上**、予約時間の15分前にはお越しください。もし遅れる場合は、お手数ですが早目の連絡を頂きますようお願いいたします。
- 検査部位が腰、上腹部、骨盤部の場合、造影検査の場合および造影検査一任の場合、4時間以上の絶食でお越し下さい。
- 検査は予約制になっておりますので、予約日に来られない方は検査日の前日までに必ず御連絡ください。
- **(造影検査を受けられる方へ)**
 - ◇ 造影剤という血管を明瞭にする為の薬を使用しますが、このお薬の副作用でまれに、かゆみ、じんましんがでる場合があります。また、ごくまれですが強い症状が出ることもあります。その際にはそれに応じて必要と判断した処置を適宜実施いたします。
- **(MRI検査を受けられる方へ)**
 - ◇ 補聴器、ヘアピン、アクセサリ（イヤリング、ネックレス、指輪など）マスカラ等は前もってはずしておいてください。
 - ◇ コンタクトレンズを装着されている方は、検査前にお外し頂きますので、必ずケースをお持ち頂きますようお願いいたします。

N Nakanoshima Clinic
中之島クリニック

〒553-0003
大阪市福島区福島二丁目1-2
電話番号：06-6451-6100 (代)
予約専用番号：0120 - 489
ヨヤク(予約)
ヨオイ(用意)
- 401

予約受付時間 月～金 9:00～19:00
土 9:00～17:00
診療時間 月～金 8:30～19:00
土 8:30～17:00



※京阪中之島線は2008年開通予定です。

MRI・CT検査依頼書 (中之島クリニック用)

フリガナ 氏名		男・女		医療機関名	
M・T・S・H		年 月 日生 歳		診療科	
貴施設 I D 番号 ()		()		主治医	
				電話 () -	
		身長		cm	体重
				kg	
予約日時		年 月 日 ()		午前・午後 時 分	
臨床診断名		手術歴			
現病歴					
検査目的					
検査方法		造影			
<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 一任			
検査部位		血管撮影		図示	
<input type="checkbox"/> 頭部		<input type="checkbox"/> 脳血管			
<input type="checkbox"/> 脊椎 (頸・胸・腰)		<input type="checkbox"/> 頸部動脈			
<input type="checkbox"/> 胸部 (肺・縦隔・心)		<input type="checkbox"/> 冠動脈			
<input type="checkbox"/> 上腹部 (肝・胆・膵・腎)		<input type="checkbox"/> 胸部大動脈			
<input type="checkbox"/> 骨盤部 (婦人科・前立腺)		<input type="checkbox"/> 腹部大動脈			
<input type="checkbox"/> 頸部 (耳鼻科領域)		<input type="checkbox"/> 下肢動脈			
<input type="checkbox"/> 肩関節 (右・左・両側)		<input type="checkbox"/> 肺動脈			
<input type="checkbox"/> 肘関節 (右・左・両側)		<input type="checkbox"/> その他 ()			
<input type="checkbox"/> 手関節 (右・左・両側)					
<input type="checkbox"/> 股関節 (右・左・両側)					
<input type="checkbox"/> 足関節 (右・左・両側)					
<input type="checkbox"/> 乳腺					
<input type="checkbox"/> その他 ()					
検査結果		画像について <input type="checkbox"/> CDまたはDVD (ビューワ付) <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> 不要			
		読影レポートについて <input type="checkbox"/> 当日持ち帰り <input type="checkbox"/> 後日郵送			

【主治医の先生へのお願い】

- 依頼書の太枠の中をすべてご記入ください。
- 4 ページのチェックシートへの記入を必ずお願いします。
- 安静を保つため、麻酔・鎮静剤などが必要な方は、主治医が必ずご同伴ください。
- 以前検査されたフィルム等がある場合は患者様にご持参していただきますようお願いいたします。

MRI・CT検査依頼書 (依頼元控え)

フリガナ 氏名		男・女		医療機関名	
M・T・S・H		年 月 日生 歳		診療科	
貴施設 I D 番号 ()		()		主治医	
				電話 () -	
		身長		cm	体重
				kg	
予約日時	年 月 日 ()		午前・午後		時 分
臨床診断名		手術歴			
現病歴					
検査目的					
検査方法		造影			
<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 一任			
検査部位		血管撮影		図示	
<input type="checkbox"/> 頭部		<input type="checkbox"/> 脳血管			
<input type="checkbox"/> 脊椎 (頸・胸・腰)		<input type="checkbox"/> 頸部動脈			
<input type="checkbox"/> 胸部 (肺・縦隔・心)		<input type="checkbox"/> 冠動脈			
<input type="checkbox"/> 上腹部 (肝・胆・膵・腎)		<input type="checkbox"/> 胸部大動脈			
<input type="checkbox"/> 骨盤部 (婦人科・前立腺)		<input type="checkbox"/> 腹部大動脈			
<input type="checkbox"/> 頸部 (耳鼻科領域)		<input type="checkbox"/> 下肢動脈			
<input type="checkbox"/> 肩関節 (右・左・両側)		<input type="checkbox"/> 肺動脈			
<input type="checkbox"/> 肘関節 (右・左・両側)		<input type="checkbox"/> その他 ()			
<input type="checkbox"/> 手関節 (右・左・両側)					
<input type="checkbox"/> 股関節 (右・左・両側)					
<input type="checkbox"/> 足関節 (右・左・両側)					
<input type="checkbox"/> 乳腺					
<input type="checkbox"/> その他 ()					
検査結果	画像について		<input type="checkbox"/> CDまたはDVD (ビューワ付)		<input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> 不要
	読影レポートについて		<input type="checkbox"/> 当日持ち帰り		<input type="checkbox"/> 後日郵送

【主治医の先生へのお願い】

- 依頼書の太枠の中をすべてご記入ください。
- 4 ページのチェックシートへの記入を必ずお願いします。
- 安静を保つため、麻酔・鎮静剤などが必要な方は、主治医が必ずご同伴ください。
- 以前検査されたフィルム等がある場合は患者様にご持参していただきますようお願いいたします。

【主治医の先生へのお願い】

フリガナ 氏名		男・女		医療機関名	
M・T・S・H		年 月 日生 歳		診療科	
貴施設 I D 番号 ()		()		主治医	
				電話 () -	
		身長		cm	
				体重	
				kg	
予約日時		年 月 日 ()		午前・午後 時 分	
患者様の移動方法 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー					
以下の場合、検査は受けていただけない場合がありますので事前の確認をお願いします。 チェック項目に漏れがある場合、検査をお断りすることがあります。					
MRI検査をご依頼いただく場合					
心臓ペースメーカー、埋込型除細動器、人工内耳、義眼、心臓人工弁（MRI非対応）などを装着している。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
脳動脈瘤手術後金属クリップ（MRI非対応）を装着している。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
ステント挿入後、2ヶ月以内である。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
刺青をしている。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
体内に金属がある。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
（女性のみ）妊娠の可能性がある。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
CT検査をご依頼いただく場合					
（胸部の場合）心臓ペースメーカー、埋込型除細動器などを装着している。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
（女性のみ）妊娠の可能性がある。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
造影検査をご依頼いただく場合					
喘息の治療中である。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
甲状腺機能亢進症の治療中である。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
造影剤に対してアレルギーがある。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
最近3ヶ月以内の血清クレアチニン値をご記入下さい。				_____ mg/dl	
()				(年 月 日)	
感染症の有無をご記入下さい。				<input type="checkbox"/> 梅毒反応 <input type="checkbox"/> HBs-Ag陽性 <input type="checkbox"/> HCV-Ab陽性	