

MRI・CT検査依頼書

フリガナ			医療機関名		
氏名		性別 男・女	診療科		
生年月日	年 月 日生	歳	主治医		
電話番号	(日中連絡のとれるところ) () -	身長	cm	体重	kg
検査日時	年 月 日()	午前・午後 時 分			

* 問診等のため上記の15分前にはお越しください。

【検査を受けられる方へのご注意】

- 当日は、保険証と依頼書を必ずご持参ください。
- 検査は全て予約制になっておりますので、検査日に来られない方は必ず前日までにご連絡ください。
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、骨盤部の場合は3時間以上、造影検査の場合および造影検査一任の場合は5時間以上、の絶食でお越し下さい。
- (造影検査を受けられる方へ)
 - ☆ ぜんそく、腎機能が低下している方、今までに造影剤アレルギーがあった方は原則として造影検査を行うことができません。(該当する場合は、必ず主治医の先生にご相談ください。)
 - ☆ 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、じんましんが出る場合があります。また、ごくまれに強い症状が出ることもあります。
その際には症状に応じて必要と判断した処置を適宜実施いたします。
 - ☆ 造影検査当日の飲酒はお控えください。(脱水症状を起こす恐れあり)
- (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。
 - ☆ 腕時計、携帯電話、磁気カードなどは検査室に持ち込まないでください。
 - ☆ コンタクトレンズ(カラー、ディファイン)は、検査前にはずして頂きますので、必ずケースをご持参ください。
 - ☆ 増毛パウダー、かつら、ウィッグをつけている方は、検査前にお申し出ください。

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)

FAX : 06-6451-1234

予約専用番号 : 0120-489-401

予約受付時間 月～金 9:00～19:00

土 9:00～17:00

診療時間 月～土 8:30～17:00



2018.06

MRI・CT検査依頼書 (中之島クリニック用)

フリガナ				医療機関名		
氏名			性別	男・女	診療科	
生年月日	年	月	日生	歳	主治医	
電話番号	(日中連絡のとれるところ) () -			身長	cm	体重 kg
検査日時	年	月	日()	午前・午後 時 分		
臨床診断名				現病歴(症状)		
手術歴						
検査目的						
検査方法		造影検査 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 一任				
<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT		*喘息、腎機能低下、造影剤アレルギーの方の造影検査は原則としてお断りしております。				
検査部位		血管撮影		撮影方法及び図示についてはここにご記入下さい		
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 脊椎(頸椎・胸椎・腰椎) <input type="checkbox"/> 胸部(肺野・縦隔) <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 上腹部(<input type="checkbox"/> MRCP) <input type="checkbox"/> 骨盤部(婦人科・前立腺) <input type="checkbox"/> 頸部(耳鼻科領域) <input type="checkbox"/> 関節(右・左) <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 脳血管 <input type="checkbox"/> 頸部動脈 <input type="checkbox"/> 腹部動脈 <input type="checkbox"/> 胸部動脈 <input type="checkbox"/> 冠動脈 <input type="checkbox"/> 下肢動脈 <input type="checkbox"/> 下肢静脈 <input type="checkbox"/> その他 ()				
		インプラント用 <input type="checkbox"/> 両顎 <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎				
検査結果	画像について <input type="checkbox"/> 持ち帰り <input type="checkbox"/> CDR(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 月 日()までに必要					

【主治医の先生へのお願い】

- 依頼書の太枠内はすべてご記入ください。
- 4枚目のチェックシートへの記入を必ずお願いします。(検査に必要な問診項目です。)
- 過去に検査された画像フィルム、CD等は、患者様に持参をご指示いただきますようお願いいたします。
- 安静を保つため麻酔・鎮静剤などが必要な方は、必ず主治医のご同伴をお願いします。

MRI・CT検査依頼書 (依頼元控え)

フリガナ				医療機関名		
氏名			性別	男・女	診療科	
生年月日	年	月	日生	歳	主治医	
電話番号	(日中連絡のとれるところ) () -		身長	cm	体重	kg
検査日時	年	月	日()	午前・午後 時 分		
臨床診断名				現病歴(症状)		
手術歴						
検査目的						
検査方法		造影検査 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 一任				
<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT		*喘息、腎機能低下、造影剤アレルギーの方の造影検査は原則としてお断りしております。				
検査部位		血管撮影		撮影方法及び図示についてはここにご記入下さい		
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 脊椎(頸椎・胸椎・腰椎) <input type="checkbox"/> 胸部(肺野・縦隔) <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 上腹部(<input type="checkbox"/> MRCP) <input type="checkbox"/> 骨盤部(婦人科・前立腺) <input type="checkbox"/> 頸部(耳鼻科領域) <input type="checkbox"/> 関節(右・左) <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 脳血管 <input type="checkbox"/> 頸部動脈 <input type="checkbox"/> 腹部動脈 <input type="checkbox"/> 胸部動脈 <input type="checkbox"/> 冠動脈 <input type="checkbox"/> 下肢動脈 <input type="checkbox"/> 下肢静脈 <input type="checkbox"/> その他 ()				
		インプラント用 <input type="checkbox"/> 両顎 <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎				
検査結果	画像について <input type="checkbox"/> 持ち帰り <input type="checkbox"/> CDR(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 月 日()までに必要					

【主治医の先生へのお願い】

- 依頼書の太枠内はすべてご記入ください。
- 4枚目のチェックシートへの記入を必ずお願いします。(検査に必要な問診項目です。)
- 過去に検査された画像フィルム、CD等は、患者様に持参をご指示いただきますようお願いいたします。
- 安静を保つため麻酔・鎮静剤などが必要な方は、必ず主治医のご同伴をお願いします。

主治医の先生へのお願い

以下の項目に該当する方は検査が出来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り、確認できない場合、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、埋め込み型除細動器、人工内耳、心臓人工弁 (MRI非対応)

義眼、脳動脈クリップ (MRI非対応)などを装着している。 はい いいえ

ステント挿入後、2カ月以内である。 はい いいえ

いれずみ、アートメイクをしている。 はい いいえ

体内金属がある。 はい いいえ

妊娠の可能性がある。 はい いいえ

医療用麻薬のパッチ、あるいはテープを貼っている。 はい いいえ

※体温上昇によって麻薬の吸収が増加するため検査前には必ず外していただきます。

☆ 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、埋め込み型除細動器を装着している。 はい いいえ

妊娠の可能性がある。 はい いいえ

☆ 造影検査をご依頼いただく場合

造影剤に対してアレルギーがある。 はい いいえ

喘息の既往がある。 はい いいえ

腎臓の働きが悪い、透析中である。 はい いいえ

最近3ヶ月以内の血清クレアチニン値をご記入ください。 _____年 _____月 _____日 mg/dl

感染症の有無をご記入ください。 梅毒反応 HBs-Ag陽性 HCV-Ab陽性

☆ 以下はCT造影依頼の場合にお答えください

甲状腺機能亢進症、褐色細胞腫、多発性骨髄腫と言われたことがある。 はい いいえ

糖尿病の薬を飲んでいる。 はい いいえ

↓
薬品名: _____

※糖尿病の薬(ビグアナイド系糖尿病用剤)を飲んでおられる場合

:腎機能が低下している場合は造影剤使用前48時間、使用后48時間の休薬が必要であることの説明

:腎機能が低下していない場合は使用后48時間の休薬が必要であることの説明

【造影検査の注意点】

一部の血糖降剤(ビグアナイド系糖尿病用剤)とヨード造影剤(CT用造影剤)は、併用すると重篤な副作用を起こす危険性があります。

そのため、eGFRが60未満でビグアナイド系糖尿病用剤を服用の場合**造影剤使用前48時間、使用后48時間の休薬**が必要となります。

腎機能が低下していない方(eGFR60以上)は**検査後48時間服用を休薬**していただきますようお願いいたします。

休薬がなされていない場合や造影剤アレルギー又は喘息の既往がある方は、造影検査が出来ず単純検査のみとなります。

またeGFRが50以下の方はMRI、CT共に造影せず、単純検査となります。

造影検査前は5時間以上の絶食をご指示ください。絶食が出来ていない場合も単純検査のみとなります。