

CT・MRI 検査依頼票

TEL: 072-847-5040
 TEL: 072-847-5033 (日中 専用番号)
 FAX: 072-847-5041
 〒573-1182
 大阪府枚方市御殿山町5番2号 御殿山クリニックモール1F,2F



※1枚目をFAXして頂き2枚目以降を患者様にお渡しください。

貴院控え用

貴院患者ID:
 貴院名:
 TEL:
 FAX:
 医師名:

医療法人大潤会 大潤会クリニック 画像診断室 [:]

フリガナ:	性別	生年 月日	年齢
患者氏名	様	連絡先 (電話番号)	

検査依頼: <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI	検査予約日 R 年 月 日 AM・PM 時 分
--	----------------------------

■患者保険情報

保険者番号		区分	本人・家族
記号・番号		公費負担者番号	
被保険者番号		受給者番号	

《造影検査: <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし》 造影検査歴 <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし 造影後の副作用歴 <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし 造影剤過敏症 <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし 喘息 <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし アレルギー () 感染症 ()	《CT・MRI共通》 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし 人工内耳 <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし 刺青 <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし 体内金属物 <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし 閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし 妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
---	---

検査内容	種類	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 内耳 <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 脊椎 (<input type="checkbox"/> 頸椎・ <input type="checkbox"/> 胸椎・ <input type="checkbox"/> 腰椎) <input type="checkbox"/> 胸部 (<input type="checkbox"/> 肺野・ <input type="checkbox"/> 縦隔) <input type="checkbox"/> 全腹部 (<input type="checkbox"/> 上・ <input type="checkbox"/> 下・ <input type="checkbox"/> 腹部) <input type="checkbox"/> 骨盤部 (<input type="checkbox"/> 子宮・ <input type="checkbox"/> 卵巣・ <input type="checkbox"/> 前立腺) <input type="checkbox"/> 腹部 (<input type="checkbox"/> 肝・ <input type="checkbox"/> 胆・ <input type="checkbox"/> 脾・ <input type="checkbox"/> MRCP・ <input type="checkbox"/> 腎・ <input type="checkbox"/> 副腎) <input type="checkbox"/> 四肢 (<input type="checkbox"/> 右/ <input type="checkbox"/> 左) (<input type="checkbox"/> 肩関節・ <input type="checkbox"/> 肘関節・ <input type="checkbox"/> 股関節・ <input type="checkbox"/> 膝関節・ <input type="checkbox"/> 足関節) <input type="checkbox"/> その他
	臨床診断	
	検査目的 関心部位	

検査実施日 R 年 月 日
検査担当者サイン <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
読影医サイン

CT・MRI 検査 予約表

※検査当日、大潤会クリニック
2階受付にお渡しください。

患者様 用

TEL: 072-847-5040

TEL: 072-847-5033 (日中 専用番号)

FAX: 072-847-5041

〒573-1182

大阪府枚方市御殿山町 5 番 2 号 御殿山クリニックモール1F,2F

医法人大潤会 大潤会クリニック 画像診断室 [:]



依頼元患者 ID:

依頼元医院名:

TEL:

FAX:

医師名:

フリガナ:	性別	生年	年齢
患者氏名 様		月日	
検査依頼: <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI	連絡先 (電話番号)		

予約時刻の 15 分前にはご来院いただきますようお願いいたします。

検査予約日	次回 結果説明日 場所:
R 年 月 日 () AM・PM 時 分	R 年 月 日 () AM・PM 時 分

当日ご持参頂く物

◆健康保険証 ◆診療情報提供書 ◆検査予定表 ◆お薬手帳

検査前の注意事項

- ◆医師から処方された薬は、指示のない場合服用頂いても構いません。
- ◆検査の内容により、検査前に採血を行うことがあります。
- ◆腹部の検査を受診される場合は、検査の4時間前を目安に絶食をお願い致します。
- ◆造影検査を受けられる場合は検査の4時間前を目安に絶食をお願い致します。
- ◆子宮・卵巣のMRI検査の場合、月経開始直前直後はお避けいただくようお願いしております。



【アクセス】

- ◇京阪御殿山駅より徒歩1分
- ◇専用駐車場あり

【クリニック住所】

〒573-1182

大阪府枚方市御殿山町 5 番 2 号御殿山クリニックモール1F、2F

医療法人大潤会 大潤会クリニック 画像診断室

TEL: 072-847-5040 FAX: 072-847-5041

MRI 検査の注意点・問診書



医療法人大潤会 大潤会クリニック 画像診断室
 TEL : 072-847-5040 FAX : 072-847-5041
 TEL : 072-847-5033 (日中 専用番号)

MRI 検査では強力な磁石と電波を用いて体内を画像化します。
 MRI 検査は人体には無害であると言われてはいますが、安全に検査を行うため次のことに注意してください。
 ◇検査時間は 20 分～40 分程度です。
 ◇検査中は狭いところに入り、大きな音がします。狭い場所が苦手な方事前にお申し出ください。

◆MRI 検査をお受けになる方はご記入ください 署名 _____ R 年 月 日

①心臓ペースメーカー・人工弁・刺激電極等を使用している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
②脳動脈瘤クリップ・人工関節などの医療用金属材料が体内にある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
担当医確認 (可・不可) 異物詳細いつ頃 (/)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③人工内耳や補聴器を使用している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
④眼球内に金属の異物がある。またはその可能性がある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑤化粧(アイシャドウなど)・かつら・入れ歯・義肢等を使用している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(取り外し: 可・不可) *アクセサリ類や化粧(マスカラ, アイシャドウ)は取り除いて頂く場合があります。	
⑥インプラント、義眼などを使用している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑦イレズミをしている。 部位大きさ()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑧閉所恐怖症である。またはその可能性がある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
女性の方のみお答え下さい。	
⑨妊娠もしくはその可能性がある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
上記の問診のうち「はい」とお答えいただいた方のうち、検査が不可能な場合がありますので、ご了承下さい。	

CT 検査の注意点

◇放射線を当てて検査しますので、妊娠中またはその可能性のある方は、お申し出ください。
 ◇検査時間は、15 分～30 分程度です。

CT・MRI 造影検査 問診・同意書

* 不明な点、ご質問がございましたらお気軽に当クリニックまでご連絡ください。

【造影検査で使用するお薬について】

◇静脈から注射するお薬です。
 ◇造影検査で使用するお薬は安全なものですが、喘息やアレルギーなどでお薬が使えない場合もあります。

【検査の注意事項】

◇腎臓の機能を調べるために、検査前に採血をさせていただくことがあります。

① 今までにぜんそくと言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
② アレルギー体質やアレルギー性の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
どのようなアレルギーですか？ <input type="checkbox"/> じんま疹 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 食物アレルギー() 薬のアレルギー() その他()	
②-1 ご家族に上記のような人はいますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③ これまでに腎機能障害と診断されたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③-1 人工透析を受けている？また、受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
④ 現在、医師より水分制限をされていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【MRCP 経口造影剤用】

⑤ 鉄アレルギーと診断されたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
-------------------------	--

上記の問診の意義および注意事項・造影検査の副作用について理解し、検査を実施することに同意します。

令和 年 月 日

患者または家族・代理人の署名

[続柄]

令和 年 月 日

依頼・説明医師