

造影検査を行う患者様には **造影剤使用検査の問診と同意書** の記入をお願いいたします

医療法人社団 同愛会病院 (放射線科検査予約 直通) ☎・FAX 03-3654-3390
(代表) ☎ 03-3654-3311

CT・MRI検査申込書 兼 診療情報提供書

※太枠部分をご記入ください

ID	(当院記載)
患者氏名	
生年月日	年 月 日
性別	男・女

検査日	年 月 日 ()
	AM・PM 時 分
依頼元医療機関名	
依頼医師名	

単純	造影
----	----

※単純・造影・検査部位に○印をお願いいたします

CT	頭部	(脳・聴器・副鼻腔・下垂体・鼻骨)
	頸部	(咽頭・甲状腺・耳下腺)
	胸部	(肺野・縦隔心血管)
	腹部	(肝・胆・膵・脾・腎・副腎)
	骨盤	(子宮卵巣・膀胱・前立腺)
	脊椎	(頸椎・胸椎・腰椎)
	四肢	(上腕・前腕・手・大腿・下腿・足) (R・L)
	3D	(脳動脈・頸動脈・冠動脈・DIC・下肢)
	その他	()

(診療情報提供書同封または記入をお願いいたします)
傷病名・紹介目的
既往歴及び家族歴・症状経過・検査結果・治療経過
現在の処方

MRI	頭部	(脳・聴器・副鼻腔・下垂体・VSRAD)
	頸部	(咽頭・甲状腺・頸動脈プラーク)
	胸部	(乳腺・縦隔心血管) (R・L)
	腹部	(肝・胆・膵・脾・腎・副腎・MRCP)
	骨盤	(子宮卵巣・膀胱・前立腺)
	脊椎	(頸椎・胸椎・腰椎)
	関節	(膝関節・股関節・肩関節) (R・L)
	四肢	(上腕・前腕・手・大腿・下腿・足) (R・L)
	MRA	(頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤・下肢)
	その他	()

MRI撮影のチェック項目 (有無のチェックをお願いいたします)

ペースメーカー・人工内耳	無・有 (検査不可)
体内金属 (金属クリップ・人工関節・ステント・シャント・CVポートなど) 具体的に ()	無・有 (検査できない場合有) (シャントが圧可変式バルブの場合 検査不可)
刺青・アートメイク	無・有 (熱を持つ可能性有)
磁気で固定するインプラント	無・有 (固定する磁力が低下するおそれ有)
妊娠の可能性	無・有