# 放射線検査依頼票

## 希望検査　□ CT　□ MRI　□ RI(核医学)

御依頼施設名:

(フリガナ)

患者様氏名:　　様　　生年月日:　　年　　月　　日

検査日時:　令和　　年　　月　　日　　時　　分

検査部位に✓印をして主目的臓器または範囲をご記入ください(造影はできません)
ルーチン以外をご希望の場合は詳細にご記載ください

| | | | |
|---|---|---|---|
| □ 頭部 | | □ 上肢 | |
| □ 頸部 | | □ 下肢 | |
| □ 胸部 | | □ 脳血流シンチ(ECD) | |
| □ 腹部 | | □ DAT スキャン | |
| □ 骨盤腔 | | □ MIBG 心筋シンチ | |
| □ 脊椎 | | | |
| 詳細記載欄 | | | |

---

## MRI/CT 問診票

MRI/CT 検査の場合は以下の項目をご確認の上□に✓印をし、先生のご署名をお願いいたします

### MRI検査確認項目

□(1) 心臓ペースメーカー
□(2) 植え込み型除細動器:ICD
□(3) 人工内耳
□(4) 迷走神経刺激装置
□(5) 深部脳刺激装置:DBS
□(6) シャントバルブ
□(7) 脳動脈瘤クリップ、コイル
□(8) 人工関節
□(9) 冠動脈ステント
□(10)心臓人工弁
□(11)内視鏡の止血クリップ(2 週間未満)
□(12)磁石式の義眼・義歯
□(13)義手・義足
□(14)事故等によって混入した金属片
□(15)妊娠またはその可能性がある
□(16)閉所で 30 分程度の静止が困難

### CT 検査確認項目

□(1)心臓ペースメーカー
□(2)植え込み型除細動器:ICD
□(3)深部脳刺激装置:DBS
□(4)脊髄刺激療法装置
□(5)血糖測定器リブレ着用
□(6)妊娠またはその可能性がある

**□確認項目に該当しない**
**(確認後✓印をしてください)**

※MRI 検査で該当項目がある場合
当院で MRI 検査はお受けできません
※検査当日発見した場合
検査中止とさせていただきます

※上記(7)～(10)について、3 テスラ MRI 対応デバイスの場合はご相談ください

**上記検査確認項目について患者様に確認し、検査を受けることの同意を得ました**

令和　　年　　月　　日

**依頼医署名**　　(直筆でお願いします)

久里浜医療センター　放射線科