

放射線検査依頼票

希望検査 ☐ CT ☐ MRI

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			
☐ 腹部			
☐ 骨盤腔			
☐ 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) 脊髓刺激療法装置
- ☐ (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)