

患者名 \_\_\_\_\_ 性別 ( 男 ・ 女 ) \_\_\_\_\_  
 生年月日 \_\_\_\_\_  
 年 月 日 ( ) \_\_\_\_\_  
 ID \_\_\_\_\_

～委託検査申込用紙～  
**放射線画像検査**

検査日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 頃

**検査目的 (詳細に)** \_\_\_\_\_

委託施設名 \_\_\_\_\_

依頼医師名 \_\_\_\_\_

注) 食事について (CT・MRI検査)  
 ●単純撮影の場合は食事制限なし  
 ●造影撮影の場合は禁食 (水分は可)  
 ●腹部の場合は単純、造影問わず禁食  
 造影剤使用時は下記のチェックをお願いします

◆造影剤使用時チェック (CT・MRI検査)

	無	有	備考
・腎機能障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	( )
・喘息	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	( )
・糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	( )

※希望する検査項目より撮影部位を選択してください

★CT検査  単純  造影

頭部  眼窩  聴器  副鼻腔  顔面  頸部  
 胸部  腹部  骨盤腔  椎体/脊髄 (頸椎・胸椎・腰椎)  
 四肢 ( )  関節 ( )  乳腺  
 歯 (インプラント)  その他 ( )

注)  ペースメーカー等を挿入してる場合はチェックして下さい  
 (ペースメーカー等挿入部はスキャン出来ない場合があります)

※糖尿病薬の飲用に関してはお問い合わせください  
 ・その他 \_\_\_\_\_

注) 造影剤使用の場合は腎機能を添付してください  
**血清クレアチニン値 (\_\_\_\_ mg/dl) 3ヶ月以内のもの**  
 注) 造影剤使用は適宜判断で行う場合があります  
 注) チェックがない場合検査できない事があります

★MRI検査 (複数不可)  単純  造影

右記のチェックをお願いします  
 チェックの内容によっては検査が出来ない場合があります

頭部  眼窩  聴器  副鼻腔  顔面  頸部  
 胸部  腹部  骨盤腔  椎体/脊髄 (頸椎・胸椎・腰椎)  
 四肢 ( )  関節 ( )  乳腺  
 その他 ( )

特殊撮影 ( Br-MRA・Neck-MRA・MRCP・MR-Myero )

◆MRI金属チェック

※以下の場合には検査できません (禁忌)  
 心臓ペースメーカー  神経刺激装置  
 人工内耳  植込み型除細動器  
 皮膚拡張期 (エキスパンダー)

※以下の場合にはお問い合わせください  
 脳動脈クリップ  刺青  
 磁性体式義歯  カラーコンタクト  
 ステント  妊娠  
 体内金属  磁性体避妊具 (IUD)  
 義眼、義肢  閉所恐怖症

★マンモグラフィ  ルーチン2R (C.C&MLO)  
 ルーチン1R (MLO)  
 R-C.C  L-C.C  
 R-MLO  L-MLO

以上の金属等無し

備考 \_\_\_\_\_

★歯科撮影  パントモグラフィ  セファロ (規格撮影)

★骨密度  腰椎・右大腿骨頸部

★その他検査 (核医学検査含む)  
 ( \_\_\_\_\_ )

◆検査データの種別  
 フィルム  
 メディア (CD-R)  
 ※ チェックがない場合はCD-Rとなります