

# ～委託検査申込用紙～ 放射線画像検査

検査日：20 年 月 日 ( )  
時 分 頃・

委託施設名・

依頼医師名

## ◆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"/>	( )
・造影剤アレルギー歴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	( )

※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

上記値の検査日( 年 月 日)

注) 造影剤使用は適宜判断で行う場合があります

患者名  
性別 ( 男 ・ 女 )  
生年月日  
年 月 日  
年齢 才

(公立福生病院使用欄)

## 検査目的 (詳細に)

- 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

コロナワクチン接種  有 (直近の日付:20 年 月 日)  
 無

※妊娠の可能性  有  無

※造影剤使用時は右のチェック欄と  
別途同意書の記入をお願いします

## ★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 ( )  ダイナミック ( )  
 歯 (インプラント)  その他 ( )

## ◆CT体内デバイスチェック

※ 挿入部はスキャンできない場合があります

- ペースメーカ  神経刺激装置  
 植込み型除細動器  
 その他 ( )

## ★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 ( )  下肢動脈MRA  乳腺  
 肝EOB  その他 ( )

特殊撮影 ( Brain-MRA ・ VSRAD ・ MRCP )

## ◆MRI金属チェック

※以下の場合は検査できません(禁忌)

- ペースメーカ  神経刺激装置  
 人工内耳  植込み型除細動器  
 皮膚拡張器(エキスパンダー)  
※以下の場合はお問い合わせください  
 脳動脈クリップ  刺青  妊娠  
 磁性体式義歯  カラーコンタクト  
 ｽﾌﾟｰﾄ・体内金属  磁性体避妊具(IUD)  
 義眼、義肢  閉所恐怖症  
 以上の金属等無し

(備考

- ★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

★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  左大腿骨頸部

★核医学検査含  脳血流シンチ  骨シンチ

Datスキャン

心筋交感神経シンチ(MIBG)

その他 ( )

※放射性医薬品発注の為  
事前の連絡が必要です

注) 上記各項目にチェックがない場合  
検査できない事があります

## ◆検査データの種別

- メディア (CD-R)  
 フィルム

※ チェックがない場合はCD-Rとなります