

～委託検査申込用紙～  
放射線画像検査

患者名

性別 ( 男 ・ 女 )

生年月日

年 月 日

(公立福生病院使用欄)

年齢

才

検査日：20 年 月 日 ( )  
時 分 頃・

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

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

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

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

★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 ( )  その他 ( )  
 歯 (インプラント)

◆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