

～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

◆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

ペースメーカー 神経刺激装置

植込み型除細動器

その他( )

◆MRI金属チェック

※以下の場合は検査できません(禁忌)

ペースメーカー 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

タフ・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

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

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 ( ) その他 ( )  
歯 (インプラント)

★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 全身DWI (DWIBS) その他 ( )

特殊撮影 ( Brain-MRA ・ VSRAD ・ MRCP )

★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

★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