診療情報提供書

川満外科用（MRI・CT検査依頼票）

氏名 生年月日 性別	紹介元医療機関名 担当医師名

予約日時 午前 年　月　日　時　分 午後	検査区分 □ MRI　□ CT

検査部位 □頭部　□頭部＋MRA □副鼻腔　□側頭骨　□聴器 □頸部 □胸部 □上腹部（肝・胆・膵・腎） □上腹部～骨盤 □頸椎　□胸椎　□腰椎 □骨盤　□仙骨・尾骨 □肩（右 ・ 左）　□膝（右 ・ 左） □その他（具体的に記入してください） □単純　□造影のみ　□単純＋造影	検査目的・臨床診断

○ 下記事項のチェックお願いします

MRI	1.MRI検査の経験	有 ・ 無	
	2.体内金属（ペースメーカーや脳動脈瘤クリップなど）	有 ・ 無	有の場合、検査ができない場合があります 具体的に【　　】
	3.閉所恐怖症	有 ・ 無	有の場合、検査ができない場合があります
	4.磁気を利用した入れ歯	有 ・ 無	有の場合、MRI検査可能か担当歯科医に確認してください
	5.刺青・アートメイク	有 ・ 無	有の場合、その部位が色落ちしたり、火傷のリスクがあります
	6.妊娠またはその可能性	有 ・ 無	有の場合、検査不可
造影CT MRI	1.過去に造影剤副作用	有 ・ 無	有の場合、検査不可
	2.ぜん息	有 ・ 無	有の場合、検査不可
	3.腎機能障害	有 ・ 無	クレアチニン（Cr）値【　　】 Cr値1.5以上は検査不可
	4.重篤な甲状腺疾患	有 ・ 無	有の場合、造影CTは症状悪化のリスクあり。検査不可
	5.妊娠またはその可能性	有 ・ 無	有の場合、検査不可
	6.授乳中	有 ・ 無	有の場合、48時間は授乳を避けてください

問い合わせ電話番号　03－3922－2912
FAX番号　03－3867－6651