

CT ・ MRI ・ その他() 検査依頼票

【検査予約日時】

年 月 日()

時 分

紹介医療機関名

TEL

FAX

担当医師名

【患者様情報】

南堺病院ID:

フリガナ 患者氏名	様	男 ・ 女	生年月日 M・T・S・H 年 月 日(才)
患者住所	〒	—	TEL ()

【検査内容】

※造影検査・MRI検査の場合、「CT・MRI・その他検査問診票」記入ください

検査項目 (1つに○をつけてください)	CT ・ MRI ・ その他()					
検査手法 (未記入の場合は単純)	単純 ・ 造影 (造影検査・MRI検査の場合問診票記入ください)					
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎
	<input type="checkbox"/> 肩	<input type="checkbox"/> 肘関節	<input type="checkbox"/> 手関節	<input type="checkbox"/> その他椎体	<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> その他上肢
	<input type="checkbox"/> その他部位()	<input type="checkbox"/> 膝関節	<input type="checkbox"/> 足関節	<input type="checkbox"/> その他下肢		
検査目的詳細						
画像データ 提供方法	CD-R ・ フィルム		※チェックがない場合はCD-Rで提供させていただきます			
所見の有無	要 ・ 不要		※検査日から一週間ほどかかる場合がございます			
使用薬剤	頭部	胸部	腹部	その他	Film・CD枚数	検査担当技師
<input type="checkbox"/> イオパミロン300 100mL 1本	120kV	120kV	120kV	kV	枚	
<input type="checkbox"/> イオパミロン370 100mL 1本	250mA	250mA	250mA	mA		
<input type="checkbox"/> ボースデル 250mL 1袋	4.0mm	5.0mm	5.0mm	mm		
<input type="checkbox"/> その他()	2.0sec	6.0sec	9.0sec	sec		

※この用紙の **太枠内** を記入の上、当院までFAXしてください

CT ・ MRI ・ その他() 検査依頼票

【検査予約日時】

年 月 日()

時 分

紹介医療機関名

TEL

FAX

担当医師名

【患者様情報】

南堺病院ID:

フリガナ 患者氏名	様	男 ・ 女	生年月日 M・T・S・H 年 月 日(才)
患者住所	〒	—	TEL ()

【検査内容】

※造影検査・MRI検査の場合、「CT・MRI・その他検査問診票」記入ください

検査項目 (1つに○をつけてください)	CT ・ MRI ・ その他()					
検査手法 (未記入の場合は単純)	単純 ・ 造影 (造影検査・MRI検査の場合問診票記入ください)					
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎
	<input type="checkbox"/> 肩	<input type="checkbox"/> 肘関節	<input type="checkbox"/> 手関節	<input type="checkbox"/> その他椎体	<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> その他上肢
	<input type="checkbox"/> その他部位()	<input type="checkbox"/> 膝関節	<input type="checkbox"/> 足関節	<input type="checkbox"/> その他下肢		
検査目的詳細						
画像データ 提供方法	CD-R ・ フィルム		※チェックがない場合はCD-Rで提供させていただきます			
所見の有無	要 ・ 不要		※検査日から一週間ほどかかる場合がございます			
使用薬剤	頭部	胸部	腹部	その他	Film・CD枚数	検査担当技師
<input type="checkbox"/> イオパミロン300 100mL 1本	120kV	120kV	120kV	kV	枚	
<input type="checkbox"/> イオパミロン370 100mL 1本	250mA	250mA	250mA	mA		
<input type="checkbox"/> ボースデル 250mL 1袋	4.0mm	5.0mm	5.0mm	mm		
<input type="checkbox"/> その他()	2.0sec	6.0sec	9.0sec	sec		

※この用紙の **太枠内** を記入の上、当院までFAXしてください

医療法人 浩仁会

南堺病院

〒599-8233 大阪府堺市中区大野芝町292

TEL 072-234-5489 (検査予約センター専用)

072-236-3636

FAX 072-236-3640

CT ・ MRI ・ その他()検査予約票

【検査予約日時】

年 月 日()
時 分

紹介医療機関名

TEL

FAX

担当医師名

【患者様情報】

南堺病院ID:

フリガナ 患者氏名	様	男 ・ 女	生年月日 M・T・S・H 年 月 日(才)
患者住所	〒	—	TEL ()

検査を受けていただく患者様へ

- 検査当日に、この検査予約票、紹介状を南堺病院 総合受付にお持ちください。
- 着替え等の準備がありますので、予約時間の10分前に来ていただけるようお願いします。
- 検査時間はCTで10～20分、MRIで30～60分ほどかかります。
- 検査は原則予約制です。遅れた場合は検査できない事がありますのでご了承ください。
- 緊急検査等で検査開始が遅れることがありますのでご了承ください。
- 造影検査、腹部検査は検査3時間前より絶食、1時間前より水分をひかえていただくようお願いします。
- MRCPは前日夕食から卵、脂肪を含む食品(肉類)、乳製品をひかえていただき、当日検査4時間前より絶食、1時間前より水分をひかえていただくようお願いします。

検査当日のお持物チェック表

- 検査予約票(当用紙)
- 医療機関からの紹介状(検査依頼書)
※紹介状を忘れると検査出来ない場合があります
- 検査同意書、検査問診票
- 健康保険証各種、南堺病院診察券(お持ちの方)

※検査時間の変更、ご質問、不明な点がございましたら下記電話番号より放射線科にご連絡ください

医療法人 浩仁会

南堺病院

〒599-8233 大阪府堺市中区大野芝町292

TEL 072-234-5489(検査予約センター専用)

072-236-3636

FAX 072-236-3640

CT ・ MRI ・ その他()検査問診票

● 次の検査予約時には必ず記入、提出してください。

- 造影CT検査 → 問1のみ記入してください。
- 単純MRI検査 → 問2のみ記入してください。
- 造影MRI検査 → 問1、問2及び問3を記入してください。

【患者様情報】 南堺病院ID:

フリガナ 患者氏名	様	男・ 女	生年月日 M・T・S・H 年 月 日(才)
体重 (必ず記入)	kg		

問1 造影剤(CT:ヨード造影剤 MRI:ガドリニウム造影剤)を安全に使用するため以下の項目にお答えください。

① 過去に造影剤を使用した検査を受けたことがある	いいえ・はい	
①の質問で「はい」の方にお聞きます。 造影剤による副作用はありましたか?	いいえ・はい	症状:
② アレルギー体質、アレルギー性の病気がある	いいえ・はい	
③ 気管支ぜんそくがある	いいえ・はい	
④ 腎臓の働きが悪いと言われたことがある	いいえ・はい	
⑤ 現在、ビッグアナイド系の糖尿病薬を使用している	いいえ・はい	薬名:
⑥ ヨード過敏症と言われたことがある	いいえ・はい	
⑦ 以下の疾患について、該当病名に○をしてください 肝不全 ・ 心不全 ・ マクログロブリン血症 ・ テタニー ・ 多発性骨髄腫 ・ 褐色細胞腫		

問2 MRI検査は強力な磁石を使用しています。安全に検査を実施するために以下の項目にお答えください。

① 以下の疾患について、該当病名に○をしてください 心臓ペースメーカー ・ 心臓人工弁 ・ 人工内耳 ・ 脳動脈クリップ ・ 手術クリップ ・ 体内留置シャント		
② 手術などにより人工関節や固定金属がある	いいえ・はい	部位:
③ 入れ歯・義眼を使用している	いいえ・はい	
④ 眼などの外傷に鉄分の残存がある	いいえ・はい	部位:
⑤ 入れ墨・アイシャドーをしている	いいえ・はい	
⑥ コンタクトレンズを使用している	いいえ・はい	
⑦ 閉所恐怖症がある	いいえ・はい	
⑧ 妊娠している(妊娠の可能性がある)	いいえ・はい	妊娠 月

問3 造影MRI検査のみ測定

eGFR ()mL/min/1.73m²
(月 日測定 ・ eGFR: 30未満はガドリニウム造影検査不可)

造影 CT・単純/造影 MRI・検査説明・同意書

◇ MRI 検査を受けていただく方へ

MRI（磁気共鳴画像）とは、磁気と電波を利用して断面像や血管像を得る検査です。撮像の時比較的大きな音がします。MRI を安全に実施するために以下のご説明をお読みください。

1) 検査を受けることができない方

- ① 心臓ペースメーカーを埋め込まれている方
- ② 金属製の心臓人工弁をご使用されている方
- ③ 人工内耳をご使用されている方
- ④ 神経刺激装置（深部脳刺激装置）をご使用されている方
- ⑤ 冠状動脈等に磁性体のステント挿入後 2 か月未満の方

2) 検査を受けられないことがあるため、担当医師に申し出てください

- ① 妊娠中もしくは妊娠の可能性のある方
胎児に対する MRI 検査の安全性は確立されておりません。
原則、妊娠中の方は検査をお受けになることができません。
- ② 脳動脈瘤手術による金属クリップやコイル等
金属の材質をご確認ください。材質が分からない場合検査を受けることができません。
- ③ その他の金属が体内にある方
眼などの外傷に鉄粉が残存する場合、その他の部位で材質が確認できない場合検査をお受けになることができません。
- ④ 刺青、アイライン、マスカラ
刺青では、火傷や絵が崩れる可能性があります。担当医に申し出てください。
アイライン、マスカラ等は、火傷を発症する事例があるため、検査前に落としていただく場合があります。
- ⑤ コンタクトレンズ：原則取り外していただきます。
- ⑥ 閉所恐怖症の方：担当医師に申し出てください。

3) その他の注意

検査室内には、補聴器、装飾品、腕時計、磁気カード、電子機器類を持ち込むと故障、データが消失します。入れ歯、使い捨てカイロ、エレキバン、ベルト、湿布等は火傷や画像の乱れを引き起こす可能性がありますので、取り外していただきます。

◇ 造影 MRI・CT 検査を受けていただく方へ

造影検査で使用する造影剤には、他のお薬と同様、副作用が出現する可能性があります。

「じんましん・悪心・嘔吐・めまい・頭痛」といったものが大半ですが、まれに治療を要する重篤なものも報告されています。

副作用が発生した場合は投薬などによる治療・処置をさせていただくこともあります。

副作用の出やすい方はある程度まで明らかになっていますので、安全に検査を行うために別紙の問診票のご記入をお願いします。

病院名： _____ 医師名： _____

私はこの検査について上記説明を理解し、検査を受けることに同意します

年 月 日 患者または代理人氏名： _____