

# 検査依頼書

検査項目 ( CT ・ MRI )

どちらかに○して下さい

氏名

生年月日

性別

依頼元:医療機関名

依頼医師名

★MRI検査時はMRI検査同意書の記入をお願いします

★造影剤使用時は造影剤検査説明同意書の記入をお願いします

予約日時	年	月	日	AM PM	時	分	より
------	---	---	---	----------	---	---	----

検査を受けられる患者さまへ \*必ずお読みください。

① 検査予定日時は上記の通りですが、検査準備のため予約時間の15分前までに来院してください。

② 次に該当する方は必ず主治医に申し出てください。

- 心臓ペースメーカー・人工弁 等を使用している方
- 体内に金属を埋め込む手術をしたことのある方  
(脳動脈瘤クリップ・人工関節・ステント・外科的クリップ 等)
- 現在妊娠している方、または妊娠している可能性のある方
- 義歯(歯列矯正含む)・義眼・鼓室形成術・義手義足 を使用している方
- 閉所恐怖症 等の方
- 入れ墨(眉の入れ墨も含む)のある方
- 今まで医師から不整脈・てんかん 等と言われたことのある方

③ この検査は、磁場(磁石)を利用して体内の情報を画像化するものです。

次のようなものは検査室へ持ち込むことができません。(破損及び画像に影響が出る可能性があります)

- 金属製のもの(腕時計・ヘアピン・ネックレス・ピアス 等)
- 磁気を使用したもの(キャッシュカード・テレホンカード 等のカード類)
- 金属のついているもの(スリッパ・ブラジャー・入れ歯・カツラ 等)

\*注意\* 化粧品(アイシャドウ・アイライン 等)には金属粒子が使用されていることがありますので、できるだけ化粧をしないようにお願いします。

④ 検査内容により静脈注射(造影剤)をして検査を行う場合がありますので、

喘息やアレルギー体質の方は、予め申し出てください。

⑤ 検査内容により下記のような食事制限をしていただきます。

- 午前中検査の方は、前日の夕食は早めに済ませ、検査当日の朝は禁飲食です。
- 午後からの検査の方は、早めに朝食を済ませ、その後は禁飲食です。

**\*現在治療中の薬は少量の水で服用可能です\***

※ 検査日時の都合が悪くなったり、遅れる場合は必ず連絡をお願いします。

TMGあさか医療センター

〒351-0023 埼玉県朝霞市溝沼1340-1 TEL048(466)2055(代)

# 検査依頼書

検査項目 ( CT ・ MRI )

どちらかに○して下さい

氏名

生年月日

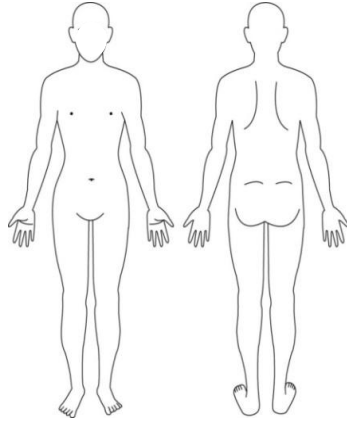
性別

依頼元: 医療機関名

依頼医師名

★MRI検査時はMRI検査同意書の記入をお願いします

★造影剤使用時は造影剤検査説明同意書の記入をお願いします

予約日時	年	月	日	AM PM	時	分	より
臨床診断 ・ 検査目的 (出来るだけ詳細をお願いします)							
検査部位	<input type="checkbox"/> Plainのみ			<input type="checkbox"/> Plain+CE		<input type="checkbox"/> CEのみ	
撮影方法	撮影方向・シーケンス等の指示内容						
<input type="checkbox"/> 当院基準撮影法							

読影医師

年

月

日

TMGあさか医療センター

〒351-0023 埼玉県朝霞市溝沼1340-1 TEL048(466)2055(代)