

## MRI・CT検査申込票（診療情報提供書）

令和 年 月 日

## 石巻市立病院 宛

〒986-0825 石巻市穀町15番1号

電話 0225-23-7832(地域医療支援センター直通)

FAX 0225-25-7216(地域医療支援センター直通)

放射線診断科 担当医師

紹介元医療機関

名称

住所

電話

FAX

医師氏名

印

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)
住所	〒		
自宅電話	( )	携帯電話	( )

検査希望日  希望日なし ※月曜日以外の午前10:00~11:30、午後13:00でご予約いたします。

第1希望	月 日 ( ) 午前 ・ 午後	第2希望	月 日 ( ) 午前 ・ 午後	第3希望	月 日 ( ) 午前 ・ 午後
------	--------------------	------	--------------------	------	--------------------

検査予約（ご希望の検査にチェックをしてください） ※CTは複数部位の選択可

検査区分	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT	造影区分	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> CD-Rのみ当日手渡し希望
検査部位	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 胸腰椎移行部 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 四肢			
◎臨床診断				
◎検査目的				

◆ 体重 \_\_\_\_\_ kg ◆ 妊娠(可能性)の有無  有( \_\_\_\_\_ ヶ月)  無

◆ 造影検査を申込の際、以下の項目のチェックをしてください。

過去の検査で造影剤副作用  有(CT・MRI・他)  無 気管支喘息  有  無  
腎機能障害  有  無 クレアチニン値: \_\_\_\_\_ mg/dl  採血(腎機能のみ)希望※造影CTの場合：ビグアナイド系糖尿病薬を服用  有  無

注)「有」の場合、検査前後2日間、計5日間の休薬が必要です。

◆ MRI検査を申込の際、以下の項目のチェックをしてください。

閉所恐怖症  有  無体内金属  有  無 ペースメーカー  冠動脈ステント  脳動脈クリップ  整形インプラント  その他上記の治療・手術後にMRI検査を受けたことがある  有  無