

MRI・CT・エックス線検査依頼票(診療情報提供書)

セントゼビアクリニック

〒242-0017 大和市大和南2-6-8 大和南メディカルモール1・2F
☎046-204-7473 FAX046-204-9626

ID		予約日	年	月	日	曜日
フリガナ		予約時間	午前	時	分	
氏名			午後			
生年月日	M・T S・H	年	月	日	歳	
連絡先	昼間 ()	自・勤				
	夜間 ()	自・勤				
住所	カルテと同					
<input type="checkbox"/> MRI		<input type="checkbox"/> CT		医療機関名		
				指示医師名 先生		

※上記検査予約時間の10分前に御来院ください

依頼内容	
頭部	
顔骨 副鼻腔 顎関節(右・左)	
頸部 甲状腺・頸動脈	
胸部 胸郭	
腹部 肝・胆・膵・脾・腎・()	
骨盤腔 骨盤・子宮卵巣・膀胱・前立腺・()	
脊椎 頸・胸・腰・仙椎尾骨	
上肢(右・左)	
上腕骨・肘関節・前腕・手関節・手根骨・手指	
下肢(右・左)	
大腿骨・膝関節・下腿骨・足関節・足根骨・足指	
その他 肩関節・股関節・()	

臨床診断	
検査部位、臨床経過および検査目的(具体的に)	

以下についてあてはまる場合は検査/造影不可となる場合がありますのでチェックをお願いいたします。

妊娠の可能性 無 有 不明

体重 _____ Kg

MRI用検査前チェック(厳重にお願いします)

絶対禁忌	心臓ペースメーカー	無・有	適応注意	不整脈	無・有
	人工内耳	無・有		消化管吻合クリップ・ステント	無・有
原則禁忌	脳動脈クリップ 型番	無・有		人工骨頭・人工関節	無・有
適応注意	冠動脈ステント	無・有		その他の整形外科的金属	無・有
	鼓室形成術	無・有		その他の体内金属	無・有
	義眼	無・有		閉所恐怖症	無・有
	マグネット式義歯	無・有		入れ墨	無・有
手術経験があれば具体的に記入ください		無・有		コンタクトレンズ	無・有
				義歯	無・有

CT・MRI造影の有無 無 有 一任

血清クレアチニン値 mg/dl

(目安:3か月以内) クレアチニン値2.0以上の方は造影不可となります。透析治療中の方はお電話ください。

喘息(小児喘息、既往歴のある方含む)	無・有	腎機能障害	無・有
造影剤のアレルギーの既往	無・有	甲状腺機能障害	無・有
造影剤以外のアレルギー	無・有	その他()	無・有

一般撮影

頭部・胸部・腹部・骨盤・脊椎(頸椎・胸椎・腰椎・仙椎尾骨)	方向
肩関節・鎖骨・上腕骨・肘関節・前腕・手関節・手指	右・左 方向
股関節・大腿骨・膝関節・下腿骨・足関節・足根骨・足指	右・左 方向
その他()	