

診療情報提供書

社会医療法人寿楽会 大野記念病院
放射線科 御中医療機関 住 所
名 称
電話番号
医 師 名

㊞

患者様氏名	様	
生年月日 大・昭・平・令	年 月 日 (歳)	性別 男・女
検査日時	年 月 日	時 分

1. 受診目的	
2. 主 訴	
3. 依頼検査	
◎CT検査	単純撮影・造影撮影 部位 頭部（脳・眼窩・副鼻腔） 胸部（縦隔・肺野） 腹部（肝・胆・膵・腎・下腹部） 脊椎（頸椎・胸椎・腰椎）・四肢（骨）・関節3D撮影 CTA（頭部血管・頸部血管・腹部血管・冠動脈・下肢動脈） その他（ ）
◎MRI検査	単純撮影・造影撮影 部位 頭部 頸椎・胸椎・腰椎 胸部・乳房 腹部（肝・胆・膵）・腎・骨盤 四肢（肩・肘・手関節・股関節・膝・足関節） MRA（頭部血管・頸部血管・下肢動脈） その他（ ）
◎骨密度検査	部位 腰椎＋股関節 ・ 腰椎のみ ・ 股関節のみ ※手術にて該当部位に金属ありの場合測定できません
◎その他の検査（	）

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付してください。
2. 必要がある場合は、画像診断のフィルム等、検査の記録を添付してください。

CT ・ MRI 検査カード

にチェックを入れてください

検査を受けられる方へ

検査は予約制です。都合の悪い場合は、事前にご連絡下さい。
尚、予約時間に来院されない場合には検査の都合上、
中止にさせて頂く事がありますので御了承下さい。

患者様氏名	様	
生年月日 大・昭・平・令	年 月 日 (歳)	性別 男・女
検査日時	年 月 日	時 分

*検査の20分前にはご来院ください

- CT検査を受けられる方
 - ・造影検査をされる方で、糖尿病治療薬(ビグアノイド系)の薬を飲まれている方は、主治医の指示通りに休薬してください。・・5日間(検査前2日、検査日、検査後2日間)は休薬する必要があります。
 - ・ペースメーカを植込まれた方はペースメーカ手帳を持参下さい。
- MRI検査を受けられる方
 - ・心臓にペースメーカ・神経刺激装置・人工内耳・磁石インプラントのある方は検査を行えません。
 - ・体内金属、入れ墨のある方は安全を確認できた方のみ、同意書にサインをいただき検査を実施します。
(体内金属がMRI検査可能かどうかは手術をされた病院にお問合せください。)
 - ・コンタクトレンズご使用の方は安全な検査を提供するために外していただきます。保存ケースを持参ください。
- 共通注意事項
 - ・妊娠または妊娠の可能性がある方は検査を行えません。
 - ・造影検査をされる方で、喘息の方または高度な腎機能障害がある方は検査を行えません。
 - ・更衣がありますので簡易な服装でお越し下さい。
 - ・検査部位・造影の有無により食事に制限があります。

下記のオーダーの場合、検査前の注意事項があります

にチェックを入れてください

(注1) 造影あるいは腹部の検査を受けられる方

- 食事等の制限があります。
- 検査3時間前より何も食べないで下さい。 (: 分以降)
水、お茶に限り飲んでいただいても構いません。
- 検査1時間前より何も飲まないで下さい。 (: 分以降)

(注2) 膀胱あるいは前立腺の検査を受けられる方

- 尿の制限があります
検査1～2時間前より膀胱内に尿をためて来院して下さい。
(: 分以降)