

# MRI・CT 検査依頼票

(摂津医誠会病院用)

検査当日は[保険証][検査依頼票]を必ずご持参のうえ、予約時間の[15分前到来院]して頂くようお願い下さい。  
 腹部の検査と造影検査の方は、検査前1食を摂らずに来院していただくようお願い下さい。  
 この用紙の1枚目を依頼票として本院へ、2枚目を依頼元控え、3枚目を患者様の予約票としてお渡し下さい。

氏名				ご紹介施設名		
生年月日	年	月	日	性別	男・女	ご紹介医師名
検査予定日時	年	月	日	時	分	検査項目
						MRI・CT
						単純・造影

(下記のような方は検査が出来ない場合がありますので必ず事前の確認をお願い致します)

<p>MRI検査を受けられる方</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・心臓ペースメーカーを装着していますか (はい・いいえ)</li> <li>・現在妊娠中、もしくは可能性はありますか (はい・いいえ)</li> <li>・閉所恐怖症はありますか (はい・いいえ)</li> <li>・入墨やタトゥーはありますか (はい・いいえ)</li> <li>・体内金属はありますか (はい・いいえ)</li> </ul> <p>「はい」の場合は該当するものにチェックをして下さい</p> <p>[  <input type="checkbox"/>脳動脈瘤クリップ <input type="checkbox"/>外科用クリップ <input type="checkbox"/>人工心臓弁 <input type="checkbox"/>シャント  <input type="checkbox"/>骨折治療用の金属 <input type="checkbox"/>人工内耳 <input type="checkbox"/>植込み型除細動器 <input type="checkbox"/>人工関節  <input type="checkbox"/>その他 ( ) ]</p> <p>・体重をご記入下さい [ ]kg</p>	<p>造影検査を受けられる方(MRI・CTともに)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・造影剤を使用して副作用を起こしたことはありますか (はい・いいえ)</li> <li>・下記の病気と診断されたことがありますか (はい・いいえ)</li> </ul> <p>「はい」の場合は該当するものにチェックをして下さい</p> <p>[  <input type="checkbox"/>気管支喘息 <input type="checkbox"/>マクログロブリン血症 <input type="checkbox"/>多発性骨髄腫  <input type="checkbox"/>褐色細胞腫 <input type="checkbox"/>テタニー  <input type="checkbox"/>重篤な甲状腺疾患・肝障害・腎障害・心障害 ]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・アレルギー体質やアレルギー性の病気はありますか (はい・いいえ)</li> </ul> <p>「はい」の場合はご記入下さい[ ]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病のお薬(ビグアナイド系糖尿病用薬)を飲んでいませんか (はい・いいえ)</li> </ul> <p>「はい」の方は検査当日及び翌日の投与を中止していただきます</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・血清クレアチニン値をご記入下さい [ ]mg/dL                      (検査日 年 月 日)</li> <li>・体重をご記入下さい [ ]kg</li> </ul>
--	--

(検査依頼内容は診療情報提供書でも可能です)

病名		
経過及び症状		
検査目的		
検査部位		

# MRI・CT 検査依頼票

(依頼元控え)

- 検査当日は[保険証][検査依頼票]を必ずご持参のうえ、予約時間の[15分前に来院]して頂くようお願い下さい。腹部の検査と造影検査の方は、検査前1食を摂らずに来院していただくようお願い下さい。この用紙の1枚目を依頼票として本院へ、2枚目を依頼元控え、3枚目を患者様の予約票としてお渡し下さい。

氏名				ご紹介施設名		
生年月日	年	月	日	性別	男・女	ご紹介医師名
検査予定日時	年	月	日	時	分	検査項目 MRI・CT 単純・造影

(下記のような方は検査が出来ない場合がありますので必ず事前の確認をお願い致します)

<p>MRI検査を受けられる方</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・心臓ペースメーカーを装着していますか (はい・いいえ)</li> <li>・現在妊娠中、もしくは可能性はありますか (はい・いいえ)</li> <li>・閉所恐怖症はありますか (はい・いいえ)</li> <li>・入墨やタトゥーはありますか (はい・いいえ)</li> <li>・体内金属はありますか (はい・いいえ)</li> </ul> <p>「はい」の場合は該当するものにチェックをして下さい</p> <p>[  <input type="checkbox"/>脳動脈瘤クリップ <input type="checkbox"/>外科用クリップ <input type="checkbox"/>人工心臓弁 <input type="checkbox"/>シャント  <input type="checkbox"/>骨折治療用の金属 <input type="checkbox"/>人工内耳 <input type="checkbox"/>植込み型除細動器 <input type="checkbox"/>人工関節  <input type="checkbox"/>その他 ( ) ]</p> <p>・体重をご記入下さい [ ]kg</p>	<p>造影検査を受けられる方(MRI・CTともに)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・造影剤を使用して副作用を起こしたことはありますか (はい・いいえ)</li> <li>・下記の病気と診断されたことがありますか (はい・いいえ)</li> </ul> <p>「はい」の場合は該当するものにチェックをして下さい</p> <p>[  <input type="checkbox"/>気管支喘息 <input type="checkbox"/>マクログロブリン血症 <input type="checkbox"/>多発性骨髄腫  <input type="checkbox"/>褐色細胞腫 <input type="checkbox"/>テタニー  <input type="checkbox"/>重篤な甲状腺疾患・肝障害・腎障害・心障害 ]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・アレルギー体質やアレルギー性の病気はありますか (はい・いいえ)</li> </ul> <p>「はい」の場合はご記入下さい[ ]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病のお薬(ビグアナイド系糖尿病用薬)を飲んでいませんか (はい・いいえ)</li> </ul> <p>「はい」の方は検査当日及び翌日の投与を中止していただきます</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・血清クレアチニン値をご記入下さい [ ]mg/dL (検査日 年 月 日)</li> <li>・体重をご記入下さい [ ]kg</li> </ul>
--	---

(検査依頼内容は診療情報提供書でも可能です)

病名		
経過及び症状		
検査目的		
検査部位		

# MRI・CT 検査予約票

(患者様用)

検査当日は「保険証」「検査依頼票」を必ずご持参のうえ  
予約時間の「15分前」に「1階受付カウンター」へお越し下さい。

氏名				ご紹介施設名		
生年月日	年	月	日	性別	男・女	ご紹介医師名
検査予定日時	年	月	日	時	分	検査項目 MRI・CT 単純・造影

## 【検査を受けられる方へ】

- ☆腹部の検査と造影検査の方は、検査前1食を摂らずにお越し下さい。
- ☆検査の内容によっては呼吸を止めて撮影する場合があります。担当者の指示に従って下さい。
- ☆検査開始及び終了時間が、緊急の検査等で予定の時刻より多少前後してしまう事がありますがご了承下さい。
- ☆やむを得ず検査予定日に来院できなくなった場合や検査予定時間に遅れる場合は、お早めにご連絡下さい。

### 《MRI検査を受けられる方》

- ・金属は検査の妨げになりますので、検査前にはずしていただきます。
- ・化粧品(マスカラ・アイシャドーなど)・カラーコンタクト・毛髪パウダーの中には、金属を含むものがあるため検査前にはずしていただきます。
- ・検査の間は、大きな音がしますが体を動かさないようにして下さい。
- ・お荷物は検査室に持ち込めませんので、更衣室の鍵付ロッカーを御利用下さい。

下記のような方は検査が出来ない場合もありますので、必ず事前にお知らせ下さい。  
心臓ペースメーカー、植込み型除細動器、人工内耳、脳動脈瘤クリップ等の金属が体内にある方。  
妊娠中もしくは可能性のある方。閉所恐怖症の方。入墨・タトゥーがある方。

### 《CT検査を受けられる方》

- ・金属は検査の妨げになる場合がありますので、検査前にはずしていただく事があります。
- ・検査の間は体を動かさないようにして下さい。

下記のような方は検査が出来ない場合もありますので、必ず事前にお知らせ下さい。  
心臓ペースメーカー・植込み型除細動器を装着している方。妊娠中もしくは可能性のある方。

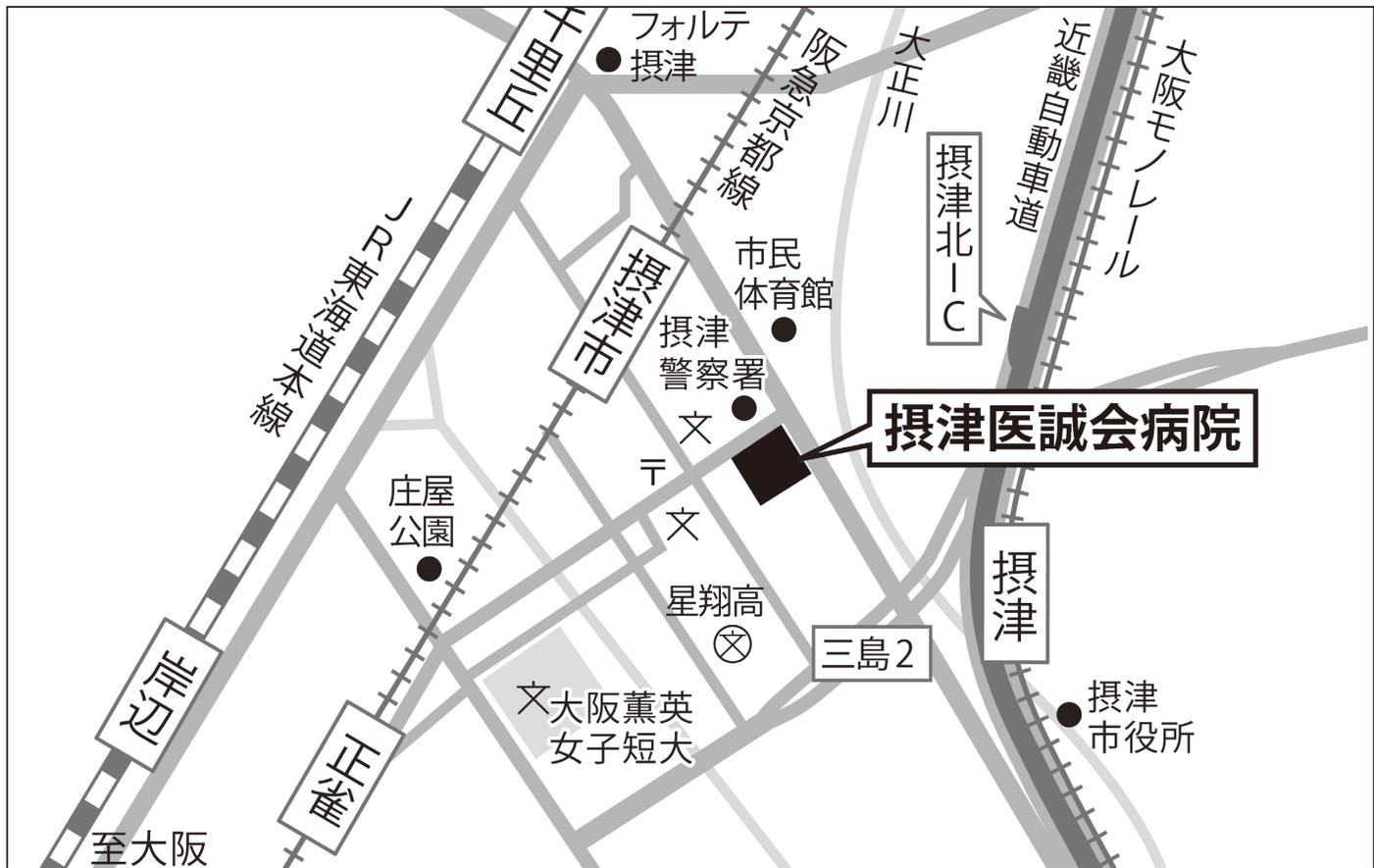
### 《造影検査を受けられる方》

- ・造影剤は静脈に注射します。造影剤注入直後に吐き気、かゆみ、発疹などの軽度の副作用や、ごくまれに呼吸困難や意識消失などの重篤な副作用が発現することがあります。症状が現れましたらすぐに担当者にお知らせ下さい。
- ・注射をした針の部分が痛い場合は、点滴漏れの可能性がありますのですぐに担当者にお知らせ下さい。
- ・まれに検査終了後1時間から数日後(多くは2日以内)にも発疹、かゆみ、吐き気、めまい等の副作用が見られる場合があります。
- ・以上のことにご了解いただきましたら、検査時にお渡しする承諾書にご署名していただきますようお願いいたします。

下記のような方は検査が出来ない場合もありますので、必ず事前にお知らせ下さい。  
気管支喘息の方。重篤な甲状腺疾患の方。過去に造影剤で副作用があった方。



## ～ 摂津医誠会病院へのアクセス ～



## ～ 駐車場のご案内 ～



### [ 阪急電鉄京都線 ]

正雀駅より 徒歩約15分  
 摂津市駅より 徒歩約5分

### [ JR ]

千里丘駅より 徒歩約12分

### [ 大阪モノレール ]

摂津市駅より 徒歩約10分

お問い合わせ

〒566-0021

大阪府摂津市南千里丘1-32

TEL 06-6319-0531(代表)

放射線科(内線120)

FAX 06-6319-5221

URL <http://www.mmjp.or.jp/i-setsu>



医療法人医誠会  
**摂津医誠会病院**

Medical Corporation ISEIKAI