

CT・MRI・エコー 検査依頼表(診療情報提供書)

※いずれかに○を記してください。

お申込み日 平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地・名称
所在地

TEL _____

名称

FAX _____

ご担当医師名

ご予約日時 平成 年 月 日 () 午前 ・ 午後 時 分

フリガナ	生 年 月 日
患者氏名 男 . 女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)
住所〒 電話番号 (日中連絡のとれる電話番号)	
身長 _____ cm 体重 _____ kg 移動: 独歩 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー ※注 ペースメーカー装着者のMRI検査は出来ません。 その他体内金属の有無 (有・無) 有の場合: 部位 ()	

検査部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 (肝・胆・膵) <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸・胸・腰・仙) <input type="checkbox"/> 股関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 膝 (右・左) <input type="checkbox"/> 肩 (右・左) <input type="checkbox"/> 四肢 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
造影 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 造影する場合のみ (必須) 最近3ヶ月以内の血清クレアチニン値 _____ mg/dl <input type="checkbox"/> 喘息の治療中 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症の治療中 <input type="checkbox"/> 造影剤アレルギー <input type="checkbox"/> ビグアナイド系糖尿病薬服用 感染症の有無 <input type="checkbox"/> 梅毒反応 <input type="checkbox"/> HBs-Ag 陽性 <input type="checkbox"/> HCV-Ab 陽性	
臨床診断名	手術歴
	薬物アレルギー
検査目的および臨床経過 (できるだけ詳しくお書き下さい)	
検査結果 (画像) <input type="checkbox"/> CD (ビューワ付) <input type="checkbox"/> フィルム 読影レポートについて <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不必要	

患者様へ 検査当日の注意

I. 検査をされる皆様へ

- ① 下記のものは、検査室へ持ち込み厳禁です。ご注意ください。
ピアス、イヤリング、ヘアピン、エレキバン、使い捨てカイロ、眼鏡、時計、鍵、入れ歯、携帯電話などの
金属・磁力類
- ② お子様（乳幼児）連れでのご来院はできる限りお控え下さい。
- ③ 健康保険証ならびに各種受給者証をお持ち下さい。
- ④ 腹部を検査なさる方はお食事は来院時間の6時間前までに軽くすませてください。

II. 1. CTを受診の方へ

- ① 次の方は、CT検査を受けられない可能性があります。必ずスタッフに申し出て下さい。
 - ・ 妊娠している方、または妊娠している可能性がある方。
 - ・ 取り外しの出来ない金属がお体にある方。
 - ・ 心臓ペースメーカーを使用されている方。

2. MRIを受診の方へ

- ① 次の方は、MRI検査を受けられない可能性があります。必ずスタッフに申し出て下さい
 - ・ 心臓ペースメーカーを埋め込んでいる方。
 - ・ 人工内耳、人工中耳の方。
 - ・ 血管へのステント挿入手術を8週間以内に受けられた方。
 - ・ 古い人工心臓弁の手術を受けられている方。
 - ・ 眼に微細な金属片が入っている、または入っていると疑わしい方。
 - ・ チタン製以外の脳動脈瘤クリップが入っている方。
 - ・ 金属の義眼底の方。
 - ・ 骨折によりボルト固定がされたままの方。
 - ・ 入墨のある方。（深部火傷の恐れの為）
 - ・ 妊娠3ヶ月以内、または妊娠している可能性がある方。

- ② 化粧品・カラーコンタクト・金属について

- ・ 化粧品には、磁性体が含まれているもの（マスカラ・アイライン・アイブロウ・アイシャドウ等）があり、検査画像に影響があるだけでなく目の粘膜等を傷つけたりすることがあります。
- ・ 瞳の色を変える目的で使用されるカラーコンタクトレンズは、材質に金属が使われている場合があります。
- ・ 金属（磁石に付くもの）を身に付けていると、画像が乱れて検査に支障をきたすだけでなく、MRI装置の磁力で金属が引っ張られて飛んだり、装置に吸着するので大変危険です。また、下着で金属のワイヤーが入っているブラジャーやボディスーツ等は着用していただくことは出来ません。

3. エコー（超音波検査）及び CT・MRI 造影を受診の方へ

- ① 糖分の含まれないお飲み物（水・白湯）はお摂りいただいて結構です。スポーツ飲料、ジュース類、乳製品等はお摂りにしないで下さい。
- ② お食事は来院時間の6時間前までに軽くすませてください。白米でしたらお茶碗に軽く半分程度、パンでしたら食パンを1枚程度、おかずは消化の良いものを半分程度にしてください。果物類・卵・乳製品はお摂りにしないで下さい。また、飴、ガムなど糖分の多い食品はお摂りにしないで下さい。

医療法人社団 藤崎病院

ご案内図



※都バス 境川(さかいがわ)停留所下車

JR 亀戸駅	①葛西駅行(亀29)、②門前仲町(都07) ②葛西車庫行(草28) 所要時間 約10分
JR 錦糸町駅	②門前仲町(都07)、 ②葛西橋または葛西車庫行(草28) 所要時間 約15分
東西線 東陽町駅	③錦糸町駅行(都07)、所要時間 約10分
都営新宿線 西大島駅	①②門前仲町(都07) 葛西橋または葛西車庫行(草28) 所要時間 約7分



医療法人社団

藤崎病院

〒136-0076 東京都江東区南砂 1-25-11

TEL 03-3648-2111

FAX 03-3648-2049

<http://www.fujisaki-hp.com>