

①電話で検査予約の際に、希望日時・検査種別・部位などをお伺いします。TEL 072-763-5100

②差し支えなければ当院地域連携室宛てに検査申込書及び診療情報提供書のFAXをお願いします。FAX 072-763-5127

検査申込書(診療情報提供書)

年 月 日

医療機関名

所在地

医療法人マックシール 異病院 担当医 行

TEL

下記のとおり、検査を依頼します。

FAX

医師名

フリガナ		男・女	生年月日	M · T · S · H · R
氏名			年 月 日 (歳)	
			TEL	
検査日時	年 月 日 () 時 分			

CT・胃透視・注腸においては、検査の正当性・被曝線量の最適化を行う事を説明し、同意を得ましたので依頼いたします。

放射線	CT	単純・造影	頭頸部	頸部・胸部	腹部	血管系	脊椎	躯幹・四肢
			<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 側頭骨	<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 全腹部 <input type="checkbox"/> 大腸 (事前受診要)	<input type="checkbox"/> 胸部大動脈 <input type="checkbox"/> 腹部大動脈 <input type="checkbox"/> 全大動脈 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 動脈(上肢・下肢)	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 鎖骨(右・左) <input type="checkbox"/> 肩関節(右・左) <input type="checkbox"/> 股関節(右・左) <input type="checkbox"/> 膝関節(右・左)
	MRI	単純・造影	頭部	頸部・胸部	腹部	骨盤	脊椎	躯幹・四肢
			<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 脳+MRA <input type="checkbox"/> 脳+MRA+頸部MRA <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> VSRAD	<input type="checkbox"/> 乳房(右・左) <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸動脈(MRA)	<input type="checkbox"/> 肝胆膵 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 腎臓	<input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺	<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"/> 肩関節(右・左) <input type="checkbox"/> 股関節(右・左) <input type="checkbox"/> 膝関節(右・左) <input type="checkbox"/> 動脈(上肢・下肢)
	造影の場合	①別紙同意書が必要です。		②血清クレアチニン (mg/dl)	測定日(約1ヵ月以内) 年 月 日	③ビグアナイド系糖尿病薬 (有・無) 薬品名()		
	<input type="checkbox"/> DXA	<input type="checkbox"/> 胃透視	<input type="checkbox"/> 注腸(事前受診要)					
感染症						結果説明(貴院診察予定日)		
Wa氏(+ · -) HBs抗原(+ · -) HCV抗原(+ · -) その他()						当日・所見届き次第 年 月 日		
内視鏡	<input type="checkbox"/> 上部内視鏡		<input type="checkbox"/> 下部内視鏡(事前受診要)		※抗血栓薬 薬品名()			
生理検査	<input type="checkbox"/> 負荷心電図(エルゴメータ)		<input type="checkbox"/> 24hホルター心電図		<input type="checkbox"/> 神経伝導検査		<input type="checkbox"/> ABI <input type="checkbox"/> PSG(事前受診要)	
	<input type="checkbox"/> 腹部エコー		<input type="checkbox"/> 心臓エコー		<input type="checkbox"/> 頸動脈エコー			
<input type="checkbox"/> 下肢動脈エコー		<input type="checkbox"/> 下肢静脈エコー		<input type="checkbox"/> 乳腺エコー		<input type="checkbox"/> 甲状腺(副甲状腺)エコー		

※貴院書式の診療情報提供書を添付される場合は下記項目の記載は不要です。(その際はこちらにチェック)

傷病名		<input type="checkbox"/> 別添診療情報提供書有り(貴院書式)
検査目的		
既往歴・手術歴		
経過 内服薬等		

予約票

下記予約時間の30分前に受付へお越し下さい。

年 月 日

医療機関名

所在地

TEL

FAX

医師名

フリガナ		男・女	生年月日	M・T・S・H・R
氏名			年 月 日 (歳)	
検査日時	年 月 日 ()		時 分	

安全に正しく検査を行うため、以下の項目にご注意ください。

CT	妊娠の可能性がある場合には原則、検査できません。 妊娠可能年齢の女性は月経開始から10日以内に撮影されることをお勧めします。 造影検査をうけられる方は、主治医から説明及び問診チェックを受けてください。
MRI	<p>検査を受けられない方</p> <p>心臓ペースメーカー・人工内耳・植込み型除細動器(ICD)・神経刺激装置等の体内電子装置(SCS)・可動性義眼・スワンガンツカテーテルを装着している方。 ※abbott(旧SJM)社製の条件付きMRI対応型ペースメーカーのみ対応可</p> <p>検査を受けられない場合がある方</p> <p>手術したことがあり、体内に金属が入っている方。不整脈、てんかんと言われた事のある方。 現在妊娠されている方、またその可能性のある方。 機械(グラインダー等)を使って金属を研磨する作業をされている方。閉所恐怖症の方。 パーマメントアイラインやイレズミをされている方。低温やけどや変色の可能性があります。 金属が入っている化粧品は低温やけどの可能性あります。(ファンデーション、化粧品下地等のベースメイク製品やアイシャドウ、マスカラ、アイライナー等のアイメイク商品、ネイルカラー、日焼け止め等には金属に由来する成分(酸化鉄、酸化亜鉛、酸化チタン等)が含まれる事があります。)増毛パウダー等を使用されている方。MRI室に入室できない為、使用せずに来院してください。 コンタクトレンズの材質に問題があり、MRIを行うと角膜を傷つける恐れがあります。 (コンタクトレンズご使用の方は、眼鏡で来院されるか、コンタクトケースをご持参ください。) ヒートテック等、保温下着を着用されている方。低温やけどの可能性ありますので、脱いでいただきます。 検査当日は、検査着に着替えていただきます。金属製の物、金属のある衣類、カードなど磁気を使用したものは持ち込めません。使い捨てカイロ、湿布等も必ず外してください。</p>
大腸CT・注腸	検査当日とは別に、事前に「内科・消化器内科」への受診が必要です。
上部内視鏡・胃透視	検査前日21:00以降の飲食は避け、当日は絶食で来院して下さい。高血圧、心疾患より内服治療中の方は、特別な指示が無い限り、薬を少量の水で服用して下さい。
下部内視鏡	検査当日とは別に、事前に「内科・消化器内科」への受診が必要です。
PSG (睡眠ポリグラフ検査)	検査当日とは別に、事前に「睡眠・呼吸障害外来」への受診が必要です。
24時間ホルター心電図	着脱しやすい服装で来院下さい。機械装着中に入浴は不可です。 翌日再来院が必要です。
神経伝導検査	神経を電気刺激しますので、多少の痛みやピリピリした感を伴います。
頰動脈エコー 甲状腺エコー	首回りの開く服装でお越しください。

MRI 問診票

年 月 日

医療機関名

所在地

TEL

FAX

医師名

フリガナ		男・女	生年月日	M · T · S · H · R
氏名			年 月 日 (歳)	
			TEL	
検査日時	年 月 日 ()	時 分		

■MRI検査にあたって下記の間診にお答えください。(紹介元医療機関にて)

太枠内は全てご記入ください

過去に(他院を含めて)手術をしたことがありますか？ 「はい」の方は具体的にどのような手術をされましたか？ ()	はい ・ いいえ
以下のような体内留置装置、金属はありますか？ ※はいの場合、検査を受けることはできません。 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー ※abbott(旧SJM)社製の条件付きMRI対応型ペースメーカーのみ対応可 <input type="checkbox"/> 植込み型除細動器(ICD) <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> 可動性義眼 <input type="checkbox"/> 神経刺激装置等の体内電子装置(SCS) <input type="checkbox"/> スワンガンツカテーテル	はい ・ いいえ
体内に金属等がありますか？ ※はいの場合、検査を受けることが出来ない場合があります。 <input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ <input type="checkbox"/> スtent <input type="checkbox"/> 心臓人工弁 <input type="checkbox"/> 人工骨頭・人工関節 <input type="checkbox"/> 下大静脈フィルター <input type="checkbox"/> 圧可変式バルブシャント(脳室シャント) <input type="checkbox"/> インスリンポンプ・持続グルコース測定器 <input type="checkbox"/> 避妊リング <input type="checkbox"/> 歯科インプラント(磁石式) <input type="checkbox"/> 事故等での金属片 <input type="checkbox"/> 歯科矯正 <input type="checkbox"/> その他金属	はい ・ いいえ
体内金属において、MRI対応と言われたことがありますか？	不明 ・ はい ・ いいえ
現在妊娠している可能性はありますか？(女性のみ記入してください)	はい ・ いいえ
過去に(他院を含めて)MRIの検査をしたことがありますか？	はい ・ いいえ
閉所恐怖症ですか？	はい ・ いいえ
てんかんの発作を起こしたことがありますか？	はい ・ いいえ
イレズミ(アートメイク)・カツラ(増毛パウダー)・コンタクトレンズをされていますか？	はい ・ いいえ
検査の際、身長・体重が必要です。ご記入をお願いします。	{ cm} { kg}

年 月 日 患者氏名

MRI検査 可 ・ 不可 医師氏名