

CT・MRI検査御依頼票

水戸中央病院

〒311-15 茨城県水戸市六反田町1136-1

Fax. 029-309-8525 TEL. 029-309-8524

【ご紹介目的： CT検査 MRI検査】

刀がナ							
氏名	様	男	・	女			
生年月日	M	・	T	年	月	日	才
	S	・	H				
連絡先	()			自	・	勤	
住所							

予約日	年	月	日	時
※上記検査予約時間の 20分前 にご来院ください				
紹介元病院名	貴科名	御担当医師		
病院				
医院	科	先生		
住所				
Fax.	TEL.			

※原則としてMRI検査は1検査1部位としてください。

<input type="checkbox"/> 頭部 ()	臨床診断	
<input type="checkbox"/> 頸部 ()		
<input type="checkbox"/> 胸部 ()		
<input type="checkbox"/> 上腹部 (肝 ・ 胆 ・ 脾)		
<input type="checkbox"/> 腎臓 ()		検査部位、臨床経過および検査目的 (具体的にお願いします)
<input type="checkbox"/> 骨盤腔 ()		
<input type="checkbox"/> 脊椎 (頸 ・ 胸 ・ 腰 ・ 仙)		
<input type="checkbox"/> 膝 (右 ・ 左)		
<input type="checkbox"/> 肩 (右 ・ 左)		
<input type="checkbox"/> 四肢 (右 ・ 左)		
<input type="checkbox"/> その他		
◆現在の体重	kg	
画像読影 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		

妊娠 無 有 (週) 不明 ※CT・MRIは原則お断りしています。

MRI用検査前チェック (正確に確認をお願いします) ※30分程度静止が必要になる検査です。

絶対禁忌	心臓ペースメーカー	無 ・ 有	適応注意	消化管吻合クリップ・ステント	無 ・ 有
	人工内耳	無 ・ 有		人工骨頭・人工関節	無 ・ 有
原則禁忌	脳動脈クリップ	無 ・ 有		インプラント (3ヶ月以内)	無 ・ 有
	冠動脈ステント	無 ・ 有		その他の整形外科的金属	無 ・ 有
適応注意	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
				伏針	無 ・ 有

手術経験があれば具体的にご記入ください。

CT・MRI造影 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	MRI造影剤 <input type="checkbox"/> プロハンス <input type="checkbox"/> プリモビスト	
血清クレアチニン値 () mg/dl	造影御依頼の指示を頂いても、既往歴・疾患等により ご希望に添えない場合もございます。	
糸球体濾過量「eGFR」 () ml/min/1.73m ² (目安：3ヶ月以内)		
造影剤使用歴	腎機能障害	無 ・ 有 ()
(上記“有”の人) 造影剤副作用	甲状腺機能障害	無 ・ 有 ()
造影剤以外のアレルギー	心臓病	無 ・ 有 ()
喘息 (造影禁忌)	糖尿病	無 ・ 有 ()
授乳中	ビグアナイド系糖尿病薬使用：	無 ・ 有

その他 ご不明な点がございましたら、お電話にて問い合わせください。