

検査依頼書

MRI 検査 CT 検査 骨塩定量検査

依頼元医療機関: _____

医師: _____

申込日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名: _____ 様 生年月日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

年齢: _____ 歳 性別: 男性 女性

骨塩定量検査はご記入不要です。

※造影剤を使用した検査はお受けしておりません。

検査部位 右 左頭部 頸椎 胸椎 腰椎 全脊椎肩関節 肘関節 手関節 手指部股関節 膝関節 足関節 足部その他 (_____)

特記事項:

詳細な検査問診は当院にて実施いたしますが、事前に以下の項目に関してご確認をお願いいたします。

1. CT 検査 確認事項

1) 心臓ペースメーカーを装着している はい いいえ

2. MRI 検査 禁忌事項

1) 心臓ペースメーカー (MRI 対応可能機器含む) を装着している はい いいえ2) 人工内耳・人工中耳を装着している はい いいえ3) 体内自動除細動器を装着している はい いいえ4) 神経刺激装置を装着している はい いいえ5) 妊娠中、または妊娠の可能性がる はい いいえ

3. MRI 検査 確認事項

1) 医療機器を体内に装着している (脳動脈クリップ・ステント・人工弁等) ある いいえ

※施行病院へ 1.5 テスラ MRI にて検査可能か、ご確認をお願いいたします。

2) 整形外科インプラントがある ある いいえ

※整形外科インプラントは施行病院へのご確認は不要です。