

CT・MRI・エコー検査依頼票  
(紹介状・診療情報提供書)

①FAX送付用 貴院控え

新大阪 Sazou no Mori Diagnostic Clinic

TEL : 06-6990-6070

画像の森診断クリニック FAX : 06-6990-6071

貴院名(住所等)

TEL:  
FAX:  
ご担当医師名:

検査依頼日: 年 月 日  
□午前・□午後 時 分 来院

フリガナ 患者氏名 様 男/女 生年月日 西暦 年 月 日 歳

検査依頼: CT / MRI / エコー  
単純 / 造影 / 一任

連絡先

\*造影/一任の場合、6カ月以内のクリアチニンデータが必要です

\*携帯番号を入力すると予約確認がSMSで届きます

◆検査日から2診療日以内にレポートと画像CDを郵送致します。 ※下記ご希望ございましたら✓をお願い致します。

□レポートFAX至急(原本は後日別途郵送) □当院で結果説明可(レポートとCDは後日別途郵送)  
□CDご本人渡し □急性期病変時、当院から転送可(当日貴院に電話連絡、レポートとCDは後日別途郵送)

紹介検査内容および傷病名/臨床情報等

□別紙添付(紹介状の添付など/自由書式)

部位	頭部	頭部(脳)	副鼻腔	眼窩	
	頸部	頸動脈	甲状腺	その他( )	
	胸部	肺(CT)	乳房(MRI / エコー)	心エコー	
	腹部	腹部	MRCP	骨盤部	
	整形領域	頸椎	胸椎	腰椎	
		四肢(左/右)			
		【部位選択】肩関節 / 肘関節 / 手関節 / 手 股関節 / 膝関節 / 足関節 / 足			
	全身検査	全身MRI(DWI)			
その他	その他( )				

傷病名

(症状の経過や検査結果、治療、投薬・処方など)

検査目的

\*過去の画像データ(CD・DVD・フィルム)や採血結果等があればご持参をお願い致します。

CT・MRI 検査 禁忌事項等

造影検査 有/一任 の場合チェック

心臓ペースメーカー 植込型除細動器(ICD)	無 ・ 有 (MRI不可) ※ICDは胸部撮影不可	造影剤の 副作用歴	無 ・ 有
人工内耳・中耳	無 ・ 有 (MRI不可)	気管支喘息	無 ・ 有 (咳喘息は造影可)
妊娠の可能性 妊娠初期3カ月以内	無 ・ 有 (MRI不可)	腎障害	無 ・ 有 ・ 不明 ※有の場合は下記をご記載下さい
体内金属物	無 ・ 有 (部位: )		ルリチン( )mg/dl 検査日( )
脳動脈クリップ 整形プレートなど	(素材: 時期: )		eGFR( )ml/min ※45ml/min未満は造影不可 (透析の患者様はMRI造影不可)
刺青・アートメイク	無 ・ 有	甲状腺機能亢進症	無 ・ 有(CT造影不可)
閉所恐怖症等	無 ・ 有	薬剤アレルギー	無 ・ 有(薬剤名: )
その他申告事項	( )	感染症	無 ・ 有(詳細: ) ・ 不明

\*当院医師の判断でCT/MRI検査・造影検査を中止する場合があります。予めご了承下さい。

# 検査予約票

FAXの必要はありません

②患者様用(1/2)◆緑

新大阪 Sazou no Mori Diagnostic Clinic

画像の森 診断クリニック

TEL : 06-6990-6070

FAX : 06-6990-6071

貴院名(住所等)

TEL:  
FAX:  
ご担当医師名 :検査依頼日： 年 月 日  
□午前・□午後 時 分 来院

- ◆予約時刻の10分前にはご来院いただきますようお願い致します。
- ◆予約時間に遅れる場合は必ずお電話下さい。

フリガナ									
患者氏名	様	男・女	生年月日	西暦	年	月	日	歳	
検査依頼： CT MRI エコー				連絡先 (携帯推奨)	-		-		
造影検査： 無 / 有									

当日ご持参頂くもの

- 健康保険証 お薬手帳 過去検査結果 (CDなど)
- 検査予約票 (本紙/緑) CT/MRI 検査同意書 (次紙/黄)

## ◆飲食や排尿など、検査にあたっての注意事項◆

検査部位	腹部検査または造影検査	腎臓・膀胱・前立腺・子宮
飲食	<b>検査前4時間食事不可</b> (水分摂取は検査1時間前からお控え下さい。)	
排尿	制限なし	来院1時間前より排尿不可 (可能なら検査1時間前に500ml程度の水分摂取)

◆鉄成分が含まれるサプリメントは1日前から服用中止(MRIのみ)

◆医師から処方された薬は、指示のない場合服用いただいても構いません。  
(造影検査を受けられる方)

\*糖尿病薬を服用している方は担当医へご確認下さい。(検査の前後2日間の内服の中止)

◆検査の内容により、検査前に採血を行うことがあります。

◆子宮・卵巣のMRI検査の場合、月経開始直前直後はお避けいただくようお願いしております。



## 【アクセス】

- 「阪急淡路駅」東口より徒歩1分  
「JR 淡路駅」徒歩2分  
「新大阪駅」から車で7分
- お車やバイクでお越しの際は  
近隣駐車場をご利用ください。

## 【クリニック住所】

大阪府大阪市東淀川区東淡路4丁目30-2  
イズメディテラスⅡ 3階

HPはこちらから→



## CT/MRI 検査同意書

(必要箇所及び下段同意書をご記入頂き、ご持参ください)

### CT検査の注意点

◇エックス線を当てて検査しますので、体内埋込型機器・妊娠中またはその可能性のある方は、お申し出ください。  
◇検査時間は、15分～30分程度です。

### MRI検査を受けられる方への注意点・問診書

MRI検査では強力な磁石と電波を用いて体内を画像化します。MRI検査は人体には無害であると言われていますが、安全に検査を行うため次のことに注意してください。

◇検査時間は20分～40分程度です。

◇検査中は狭いところに入り、大きな音がします。狭い場所が苦手な方事前にお申し出ください。

- |   |                             |                              |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| ① 心臓ペースメーカー・人工弁・人工内耳・インスリンポンプ・持続自己血糖測定器・刺激電極等を使用している。               | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ② 脳動脈クリップ・ステント・コイル・体内クリップ・人工関節などの医療用金属材料が体内にある。<br>異物の素材や詳細/いつ頃 ( ) | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ③ 眼球内や体内に金属の異物がある。またはその可能性がある。                                      | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ④ (女性の方のみ) 妊娠初期3ヶ月以内、もしくは妊娠の可能性がある。                                 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑤ イレズミ・アートメイク(眉やアイラインなど)・マグネットネイルをしている。<br>*材質によって変色や火傷の危険性があります。   | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑥ 閉所恐怖症である。またはその可能性がある。<br>*短時間検査やトンネル内の映像コンテンツなど善処させていただきます。       | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

★下記に記載の物は、身に着けずご来院頂くか、検査の際は取り外ししていただきます。  
(使用しているものにチェックを付けてください。)

カラーコンタクト(ディファイン含む) 湿布 カイロ エレキバン等 ウィッグ(かつら) 増毛パウダー  
義歯 義手義足 磁石埋込型義歯 補聴器 ヒートテック ピアス アイシャドー等のメイク

上記の問診のうち「はい」とお答えいただいた方は検査が不可能な場合がありますので、ご了承下さい。  
ご不明な点は当院へご相談ください。

### CT・MRI造影検査について問診書(造影有の方)

【造影検査で使用するお薬について】

◇静脈から注射するお薬です。

◇造影検査で使用するお薬は安全なものですが、喘息やアレルギーなどでお薬が使えない場合もあります。

【検査の注意事項】

◇腎臓の機能を調べるために、検査前に採血をさせていただくことがあります。(後日の撮影となります)

- |   |                             |                              |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| ① 今までにぜんそくと診断されたことはありますか？                                 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ② 薬剤アレルギーはありますか？また過去に造影剤で副作用を起こしたことがありますか？<br>薬のアレルギー ( ) | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ③ これまでに腎臓の病気や腎機能障害と診断されたことがありますか？                         | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ④ 人工透析を受けている。また、受けたことがありますか？                              | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑤ 肝炎/HIV/梅毒などの感染症はありますか？                                  | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑥ 造影剤使用量の参考とするため、身長、体重をご記入ください。<br>身長 ( ) cm ・ 体重 ( ) kg  |                             |                              |

### ◆検査に対する同意書

◆本紙問診の意義および注意事項・造影検査の副作用について理解し、検査を実施することに同意します。

西暦 年 月 日

住所：

患者または家族・保護者の署名

氏名：

\*未成年の方は保護者のご署名が必要です。

(保護者氏名：)

[続柄]