

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 Gazou no Mori Diagnostic Clinic 画像の森 診断クリニック				TEL : 06-6990-6070 FAX : 06-6990-6071			
検査依頼日： 年 月 日 □午前・□午後 時 分 来院				貴院名(住所等) TEL: FAX: ご担当医師名：			
フリガナ				男 / 女	生年 月 日	西 暦	年 月 日 歳
患者氏名		様					
検査依頼：CT □MRIに変更不可 / MRI / エコー *患者様同意の上、担当医の判断でCT及びMRIに変更する場合があります 単純 / 造影 / 一任 *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					連絡先		- -
◆検査日から翌診療日中にレポートと画像CDを発送致します。 ※下記ご要望ございましたら✓をお願い致します。							
□レポートFAX至急（原本は後日別途郵送） □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は後日別途郵送いたします）							
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 前立腺					
	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					
その他	その他（ ）						
傷病名							
検査目的	(症状の経過や検査結果、治療、投薬・処方など)						
*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	
体内・外金属物	無	有 (部位：)		クレアチン()mg/dl 検査日()			
脳動脈クリップ 整形プレート リブレ 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 Gazu no Mori

画像の森診断クリニック

TEL : 06-6990-6070

FAX : 06-6990-6071

検査依頼日： 年 月 日
□午前・□午後 時 分 来院

貴院名(住所等)

TEL:
FAX:
ご担当医師名：

- ◆予約時刻の15分前にはご来院いただきますようお願い致します。(造影検査は30分前来院をお願いしております)
◆予約時間に遅れる場合は必ずお電話下さい。

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

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	検査前4時間食事不可 (水分摂取は検査1時間前からお控え下さい。)	
排尿・排便	制限なし	・来院1時間前より排尿不可 (検査1時間前に500ml程度の水分摂取) ・可能であれば排便を済ませてご来院ください

◆増毛パウダーや白髪染めスプレーの使用はMRI検査を行えませんので、検査当日はご使用をお控えください。

◆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。

(CT造影検査を受けられる方)

*糖尿病薬(ビグアナイド系)を服用している方は担当医へご確認下さい。(検査当日含む2日間の内服の中止)

◆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)

◆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→



②患者様用(2/2)◆黄

□単純CT/□単純MRI

〔続柄〕

造影検査に関する説明と同意書

◆ 造影（CT/MRI）検査では、造影剤を静脈内に注入することにより、画像の診断能を向上させ、血管の状態や流れ、病巣部の鮮明な画像などを描出することができます。

◆ 造影剤は安全性の高いお薬ですが、まれに次のような副作用を生じることがあります。

☞ 軽度：吐き気、嘔吐、発疹、蕁麻疹、頭痛、めまい、血管痛

☞ 重度：血圧低下、呼吸困難、意識消失、アナフィラキシーショック

全副作用の発生率 100 人に 3 人程度、重度の副作用発生率 2.5 万人に 1 人程度、死亡例は 40 万人に 1 人程度報告されています。

◆ 副作用について、1 時間～1 週間ほど経過してから蕁麻疹、頭痛、吐き気症状が出てくる場合もあります。（遅発性副作用）。営業時間内でしたら当院に連絡ください。（新大阪画像の森診断クリニック TEL：06-6990-6070）夜間・休日に強い症状が出た際には救急対応可能な病院へ相談いただくようお願いいたします。（救急医療電話相談窓口 #7119）

◆ 造影剤の急速注入に伴い、血管外漏出の発生が 100 人に 2 人程度と報告されています。血管外漏出防止に努めていますが万が一生じてしまった場合は、冷湿布等の処置を行います。

○採血日（ 年 月ごろ）クレアチニン（ ） eGFR（ ）

※クレアチニン 1.0 以上/eGFR45 以下の場合は当院では造影検査が出来ない場合があります

1. いままでに造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？ ☐あり ☐なし

2. 1 であると答えた方、造影剤で副作用が起きたことがありますか？ ☐あり ☐なし

以下で該当するものがあれば○をつけてください

（じんましん・発赤・くしゃみ・咳・吐き気・嘔吐・顔面のむくみ・のどの違和感・
その他【 】）

3. ぜんそくと診断されたことはありますか？ ☐あり ☐なし

4. 3 であると答えた方、最終発作日（ 年 月頃）吸入薬の処方（あり・なし）

5. アレルギー疾患がありますか？

☐じんましん ☐アトピー性皮膚炎 ☐花粉症 ☐アレルギー性鼻炎

☐薬、食べ物のアレルギー（ ） その他（ ）

6. 以下の病気がありますか？ ☐あり ☐なし

☐心不全 ☐腎機能障害 ☐高血圧 ☐甲状腺機能亢進症 ☐肝臓病 ☐多発性骨髄腫

☐褐色細胞腫 ☐マクログロブリン血症

7. 糖尿病はありますか？ ☐あり ☐なし

8. 7 であると答えた方、経口糖尿病薬について該当するものがあれば薬剤名をお答えください

ビグアナイド系の経口糖尿病薬（メット、メルビン、メトホルミン、ブホルミン、ジベトン）

配合剤（メタクト、メトアナ、エクメット、イニシク）・その他の糖尿病薬（ ）

※ヨード造影剤を用いて行う検査では医師の指示に従って内服の一時中止が必要となります。

9. 女性のみお答えください 現在、妊娠の可能性はありますか？ ☐あり ☐なし

上記の説明を受け、その必要性和副作用について理解しましたので、造影検査に同意します。

記入日 年 月 日 患者様の署名

【医師記入欄】 上記確認した上で造影剤使用 ☐可 ☐不可

確認日 年 月 日 医師署名