

# 検査依頼票

(紹介状・診療情報提供書)

①FAX送付用 貴院控

新大阪 Gazzou 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 開始

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 / エコー 単純 / 造影 / 一任					連絡先	—			
※造影／一任の場合、6か月以内のクレアチニンデータが必要です									
◆検査日から翌診療日中にレポートと画像CDを発送いたします。※下記ご要望ございましたら□をお願いいたします。									
<input checked="" type="checkbox"/> レポート出来上がり次第FAX(原本は後日別途郵送) <input type="checkbox"/> CDご本人様にお渡し									
<input type="checkbox"/> 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	胸部(CT)	乳腺(MRI/US)	心臓 US					
	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)							
		肩関節 / 肘関節 / 手関節 / 手							
		股関節 / 膝関節 / 足関節 / 足							
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いたします。

CT・MRI検査 禁忌事項		造影検査 有／一任 の場合はチェック	
心臓ペースメーカー	無・有(MRI不可)	造影剤副作用歴	無・有※有の場合は同意書に記入
植込型除細動器(ICD)	※胸部CT不可の機種有り	糖尿病薬服用	無・有(ビグアナイド系・それ以外)
人口内耳・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ヶ月以内	無・有(CT不可)	腎障害  クリアチン(mg/dl) (基準値 男性:0.61~1.04 女性:0.47~0.79) eGFR(ml/min) ※45ml/min未満はご相談ください (透析の患者様はMRI造影不可)	無・有・不明 ※有の場合は下記をご記載ください
体内・体外金属	無・有 (部位: )		クリアチン(mg/dl) (基準値 男性:0.61~1.04 女性:0.47~0.79) eGFR(ml/min) ※45ml/min未満はご相談ください (透析の患者様はMRI造影不可)
脳動脈クリップ 整形プレート 持続血糖測定器 リブレ など	素材: 時期:		甲状腺機能亢進症
刺青・アートメイク	無・有		無・有(CT造影不可)
増毛パウダー/白髪染めスプレー	無・有(MRI不可)	薬剤アレルギー	無・有(薬剤: )
閉所恐怖症	無・有	感染症	無・有(詳細: )・不明

※当院医師の判断で造影検査を中止する場合があります。予めご了承ください。

CT造影検査で糖尿病薬(ビグアナイド系)を服用している方は検査当日を含む2日間の休薬が必要です。

# 検査予約票

②患者様用 (1/2)

予約時間の 10 分前にはご来院ください。

氏名	様	部位	CT MRI エコー
検査日	月 日	予約時間 午前/午後	時 分
絶食	無 / 有	造影	無 / 有

## 【絶食・造影検査の注意事項】

検査種別でそれぞれ案内が異なりますので、下記表をご参照ください。

検査種別	食事	水分	畜尿	排便
MRCP	検査前4時間絶食	検査1時間前から控えめに	不要	不要
腹部	検査前4時間絶食	検査1時間前から控えめに	必要	可能なら
骨盤部	検査前4時間絶食			
造影	検査前4時間絶食	検査1時間前から控えめに	骨盤部は必要	骨盤部は可能なら

## 【当日の持参物について】

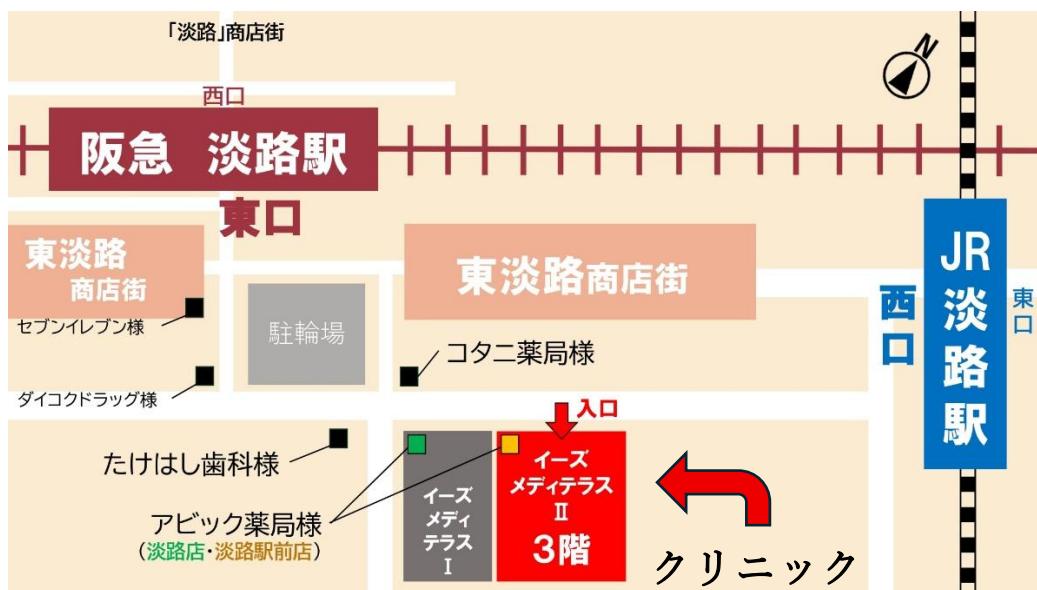
マイナンバーカードまたは資格確認書（必要な場合は医療券）、本予約票、CT/MRI 検査同意書、過去検査結果（CD 等）

## 【腹部・骨盤部 MRI について】

腹部・骨盤部の MRI 検査については腸の動きを抑制する薬を使用して検査を行う場合があります。その場合は運転をお控えいただく必要がございますので、ご来院は公共交通機関をご利用ください。

## 【その他注意事項】

- 増毛パウダーや白髪染めスプレーは MRI 検査を行えませんので検査当日のご使用をお控えください。
- 鉄成分が含まれるサプリメントは 1 日前から服用中止をお願いします。（MRI のみ）
- 子宮・卵巣 MRI 検査の場合、月経開始から 1 週間は避けていただくようお願いします。
- CT 造影検査で糖尿病薬（ビグアナイド系）を服用している方は検査当日を含む 2 日間の休薬が必要です。



お問い合わせ  
新大阪画像の森診断クリニック  
【住所】  
大阪府大阪市東淀川区  
東淡路4丁目30-2  
イーズメディテラスⅡ 3階  
【TEL】  
06-6990-6070

\*当院は車・バイクの駐車場はございません。近隣のコインパーキングへ駐車ください。

## 検査同意書

(必要箇所及び下段同意書をご記入いただき、ご持参ください)

### 【CT検査の注意点】

- ◇検査時間は、5分～30分程度です。
- ◇エックス線を当てて検査をしますので、体内埋込型機器（心臓ペースメーカー・除細動器）・持続自己血糖測定器（リブレ・DexcomG7・ガーディアンコネクトなど）・妊娠中またはその可能性のある方は事前にお申し出ください。
- ◇義歯・湿布・カイロ・アクセサリー類など小物類は検査前に取り外しいただきます。

### 【MRI検査を受ける方への注意点・問診】

- MR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いわれていますが、検査を安全に行うため次のことについて注意してください。
- ◇検査時間は、15分～40分程度です。（撮影部位によって異なります）
  - ◇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は事前にお申し出ください。

### 下記問診のはい／いいえどちらかに〔○〕をお願いいたします。

下記問診のはい／いいえどちらかに〔○〕をお願いいたします。	
① 心臓ペースメーカー・人工弁・人工内耳・刺激電極・インスリンポンプ 持続自己血糖測定器（リブレ・DexcomG7・ガーディアンコネクトなど）などを使用している。	はい／いいえ
② 脳動脈クリップ・ステント・コイル・体内クリップ（胆のう・大腸） 人工関節・プレートなどの医療用金属材料が体内にある。 素材や詳細／いつ頃（　　/　　）	はい／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。	はい／いいえ
④ （女性の方のみ）妊娠3ヶ月以内、もしくは妊娠の可能性がある。	はい／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。 ※材質によって変色や火傷の可能性があります。	はい／いいえ
⑥ 閉所恐怖症である。またはその可能性がある。 ※診断に有用な画像から撮影することや、部位によっては足からトンネルへ入る工夫をします。	はい／いいえ

### ★下記に記載の物は、身に着けずご来院いただかず、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○をお願いします）

アクセサリー類　・カラーコンタクト　・増毛パウダー　・白髪染めスプレー  
義歯　・補聴器　・義手義足　・ヒートテック　・湿布　・カイロ　・ウィッグ

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、ご了承ください。

ご不明な点は当院へご相談ください。

### ★造影検査の方で、過去に副作用が出現したことがある方は該当項目に「○」をお願いいたします。

副作用が出現した検査は【 CT / MRI / その他（　　）】

※今回の造影検査が副作用歴のある検査と同じ場合（例：今回MRI 副作用歴：MRI）、造影検査はできません。

### ◆検査に対する同意書

本紙問診の意義および注意事項について理解し、今回の検査実施に同意します。

西暦 年 月 日

住所：

ご本人またはご家族・保護者の署名 氏名：

※未成年の方は保護者のご署名をお願いします。 保護者氏名： [続柄]