

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 Gazou no Mori



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)

検査依頼日： 年 月 日
午前／午後 時 分 開始

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 ※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				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 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	頰椎	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	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	無 ・ 有 ・ 不明 ※有の場合は下記をご記載ください ルアニン()mg/dl 検査日() (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)						
体内・体外金属 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	無 ・ 有 (部位：) 素材： 時期：									
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)					
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	検査 1 時間前から控えめに		
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】

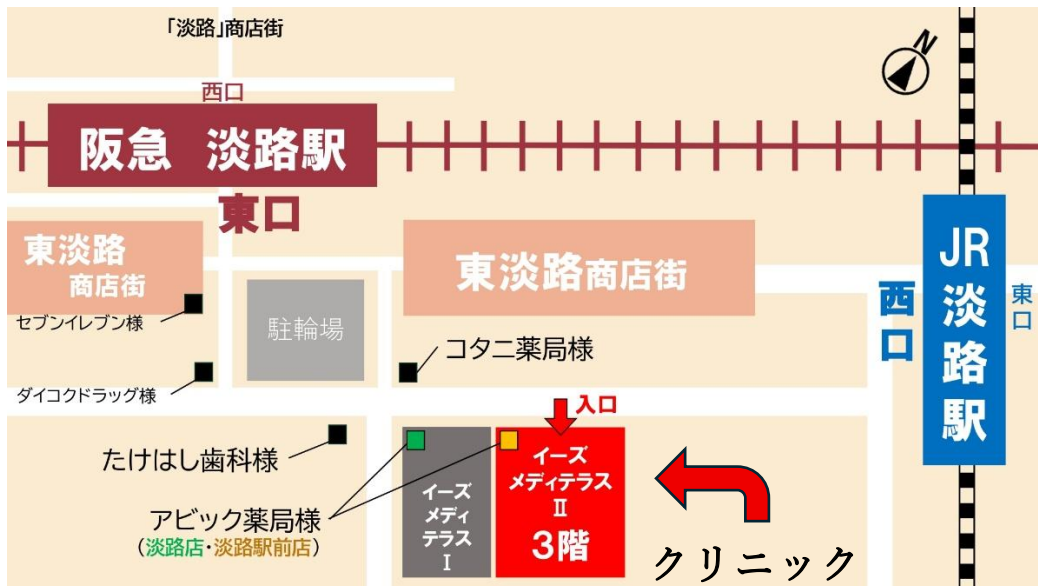
マイナンバーカードまたは資格確認書（必要な場合は医療券）、本予約票、CT/MRI 検査同意書、過去検査結果（CD 等）

【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】

- ① 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。
- ② 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）
- ③ 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。
- ④ 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

イースメディテラス 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。

※ご不明な点、ご質問がございましたら

お気軽にクリニックまでご連絡ください。TEL06-6990-6070

②患者様用（2/2）

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〔〇〕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〇をお願いします）

アクセサリ類 ・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「〇」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〕