

南河内おか病院

検査依頼書

医療機関名	医師名

患者様情報

(ふりがな)	性別	生年月日
氏名	男・女	年 月 日生

◎ 検査予約日時：	月	日	曜日	時	分
-----------	---	---	----	---	---

<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 造影			
<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> MRA
<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 上肢	<input type="checkbox"/> 下肢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> VSRAD
撮影依頼コメント						

■ MRI検査 チェック項目

- ペースメーカー、埋込み型除細動器の装着
- 人工内耳の装着
- 義眼をしている
- 刺青、タトゥーをしている
- 閉所恐怖症
- 金属を研磨するような仕事の経験がある
- OPEで金属が体内に入っている。

年 月頃 材質は ()

※造影検査をご希望の場合、お手数ですが放射線科での電話予約をお願いします。
基本、平日の午後対応になります。

■ CT造影 注意項目

- クレアチン値 (3ヶ月以内) _____
(eGFR)

※検査対応不可

- ビグアナイド系経口血糖降下剤(グリコラン・メデット・メトホルミン塩酸塩錠・メルピン・ネルビス・メトリオン・ジベトス・ジベトンS・塩酸ブホルミン錠など)
※服用中の方の造影検査は、**対応不可**となります。