



# 大阪整形外科病院 検査申込書(兼診療情報提供書)(CT・MRI)

紹介元医療機関
住 所
TEL ・ FAX
医 師 名

紹介目的		症状経過 検査結果 治療経過	
傷病名			
現在の処方			
備考			

【検査内容】  MRI  CT(造影検査 あり なし)  
 ※MRIの造影検査はできません。※腹囲が140センチ以上の方は、MRIの検査ができません。

【検査部位】 頭部 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎) 胸部(肺野・縦隔)  
 (1予約1部位まで) 関節(右・左) 股 膝 肩 肘 手 足  
上腹部 (MRCP) 骨盤部 (婦人科・前立腺) 頸部 乳腺  
心臓 血管(部位: ) その他( )

【CT造影剤の場合は、必ずご記入の程、お願い致します】  
 ・喘息(有 / 無)・アレルギー(有 / 無)・心臓ペースメーカー(有 / 無)  
 ・腎機能障害(有 CRE mg/d 測定日 年 月 日 / 無)  
 ・身長( cm)体重( kg)

【所 見】 **検査終了後 約3時間でFAXにて読影レポート返却致します(土日祝除く)**  
 ※原本については、後日郵送にてお届けします。

【撮影方法及び図示については、こちらにご記入下さい】

※画像は、CD-Rにて当日の持ち帰りとなります。

※検査受付時間: 午前9:00~12:00(月曜日~土曜日) 午後13:30~16:00(月曜日~金曜日)

検査希望日程 年 月 日 ( 時~ 時)

フリガナ	生年月日 明・大・昭・平
患者氏名: (男・女)	年 月 日( 才)
住 所 干	電話:
	携帯番号:
保険情報 保険者番号	公費負担者番号
記号・番号	受給者番号

※FAXは24時間稼働。月~金の9時~17時までの受付。17時以降到着分は翌開院日の対応となります。

当日受診やお急ぎの場合は、直接ご連絡ください。06-6463-1111(代)

**検査申込書を FAX(06-6463-1113) 頂きましたら、**  
 のちほど **検査予約票** をFAXにて返信させていただきます。

# 主治医の先生へのお願い

以下の項目に該当する方は検査ができない場合がありますので事前の確認をお願いします。  
チェック項目に漏れがあり、確認できない場合、検査をお断りすることがあります。

## ☆ MRI検査をご依頼いただく場合

心臓ペースメーカー、埋め込み型除細動器、人工内耳、人工心臓弁 (MRI非対応)

義眼、脳動脈クリップ (MRI非対応)などを装着している。  はい  いいえ

ステント挿入後、2ヵ月以内である。  はい  いいえ

いれずみ、アートメイクをしている。  はい  いいえ

体内金属がある。  はい  いいえ

妊娠の可能性がある。  はい  いいえ

医療用麻薬のパッチ、あるいはテープを貼っている。  はい  いいえ

※体温上昇によって麻薬の吸収が増加するため検査前には必ず外していただきます。

閉所恐怖症ですか。  はい  いいえ

## ☆ CT検査をご依頼いただく場合

(胸部の場合)心臓ペースメーカー、埋め込み型除細動器を装着している。  はい  いいえ

妊娠の可能性がある。  はい  いいえ

## ☆ 造影検査をご依頼いただく場合

造影剤に対してアレルギーがある。  はい  いいえ

喘息の既往がある。  はい  いいえ

腎臓の働きが悪い、透析中である。  はい  いいえ

最近3ヶ月以内の血清クレアチニン値をご記入ください。 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ mg/dl

感染症の有無をご記入ください。  梅毒反応  HBs-Ag陽性  HCV-Ab陽性

## ☆ 以下はCT造影依頼の場合にお答えください

甲状腺機能亢進症、褐色細胞腫、多発性骨髄腫と言われたことがある。  はい  いいえ

糖尿病の薬を飲んでいる。  はい  いいえ

↓  
薬品名 : \_\_\_\_\_

## ※糖尿病の薬(ヒグアナイド系糖尿病用剤)を飲んでおられる場合

:腎機能が低下している場合は造影剤使用前48時間、使用後48時間の休薬が必要であることの説明

:腎機能が低下していない場合は使用後48時間の休薬が必要であることの説明

### 【造影剤検査の注意点】

一部の血糖降剤(ヒグアナイド系糖尿病用剤)とヨード造影剤(CT用造影剤)は、併用すると重篤な副作用を起こす可能性があります。その為、eGFRが60未満でヒグアナイド系糖尿病用剤を服用の場合、造影剤使用前48時間、使用後48時間の休薬が必要となります。腎機能が低下していない方(eGFR60以上)は検査後48時間服用を休薬していただきますようお願いいたします。

休薬がされていない場合や、造影剤アレルギー又は喘息の既往がある方は、造影検査ができず単純検査のみとなります。またeGFRが50以下の方はMRI、CT共に造影せず、単純検査となります。