

CT・MRI予約受付票

(診療情報提供書)



社会福祉法人賛育会

賛育会病院

〒130-0012 東京都墨田区太平3-20-2

申込用 TEL 03-5619-1555 FAX 03-6284-1377

ご希望の検査に○をつけてください			CT	MRI
フリガナ 患者様氏名		様	生年月日 (西暦) 年 月 日	性別 男性 女性
住所	〒 -			
電話番号	()			
当院受診歴 有・無 *有の場合 →			当院診察券No.	
検査部位:部位を○で囲んでください。			*原則として1検査1部位として下さい。	
1. 頭部 + MRA	6. 上腹部 肝臓・胆のう・膵臓	11. MRCP 12. その他	13. 脊椎 (整) 頸椎 胸椎 腰椎 仙尾骨	14. 上・下肢 (整) 肩関節 (R・L) 手関節 (R・L) 手 (R・L) 股関節 (R・L) 膝関節 (R・L)
2. 内耳 (耳)	7. 腎臓	[]	[]	15. その他 []
3. 副鼻腔 (耳)	8. 骨盤腔			
4. 頸部	9. 膀胱・前立腺			
5. 肺・縦隔	10. 子宮・卵巣			
検査目的・既往歴など				

検査前 問診 (CT・MRI共通)

妊娠・妊娠の可能性 有 (月) ・無
現在の身長・体重 (身長 cm / 体重 kg)

MRI検査問診票

①以前(過去)にMRI検査を実施したことはありますか	有・無	
②手術を受けた経験がありますか (有の場合 具体的に:)	有・無	
③脳動脈クリップ・その他クリップ (有の場合 MRI対応 可・不可 部位 ()	有・無	※ MRI対応であれば留置後8週間経過 で検査可能
④人工内耳	有・無	※ MRI対応機種でも不可
⑤心臓ペースメーカー	有・無	※ MRIペースメーカー対応機種でも不可
⑥冠動脈ステント	有・無	
⑦磁石式義歯・矯正器具・入歯	有・無	※ 矯正器具や体内金属挿入については 施術施設にMRI対応可能か確認必須 未確認の場合検査出来ない場合が あります
⑧人工骨頭・人工関節 (有の場合 部位:)	有・無	
⑨入れ墨	有・無	
⑩補聴器・義眼	有・無	
⑪30分間静止できますか?	出来る・出来ない	
⑫閉所恐怖症	有・無	

決定検査日 年 月 日 時 分	紹介元医療機関名 所在地 TEL FAX 医師名 (科)
DVDは (↓○をつけてください) (郵送・直接受取) を希望	

※検査時間の30分前には来院してください。 検査時間に遅れますと検査を行えない事もございます。