

検査区分  MRI  CT

|                                 |                  |              |
|---------------------------------|------------------|--------------|
| 患者氏名<br>フリガナ                    |                  | 荻窪病院 ID      |
| 生年月日<br>M・T・S・H / /             |                  | 性別<br>男 ・ 女  |
| ご住所<br>〒                        |                  |              |
| 移動方法<br>1. 自立 2. 車椅子 3. ストレッチャー |                  | 付添い<br>有 ・ 無 |
| ご自宅                             | — —              |              |
| 携帯電話                            | — — (日中連絡の取れる番号) |              |

紹介元医療機関

所在地

名称

科名

医師名

印

電話番号 — —

FAX番号 — —

**検査確定日**

月 日 曜日 午前 午後 時 分

もしくは

**希望日時**

|   |   |   |    |          |   |   |   |
|---|---|---|----|----------|---|---|---|
| ① | 月 | 日 | 曜日 | 午前<br>午後 | 時 | 分 | 頃 |
| ② | 月 | 日 | 曜日 | 午前<br>午後 | 時 | 分 | 頃 |

**造影**  有

|            |                      |   |
|------------|----------------------|---|
| <b>CT</b>  | クレアチニン値              | mg/dℓ   |
|            | 採血日                  | 年 月 日 採血  |
|            | ビグアナイド系<br>経口血糖降下薬内服 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
|            | ヨード造影剤副作用歴           | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
|            | 重篤な甲状腺疾患             | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
|            | 重篤な心障害               | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
|            | 気管支喘息                | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
|            | 妊娠                   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| <b>MRI</b> | 気管支喘息                | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
|            | 妊娠                   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |

**依頼内容**

- 頭部 (脳)
- 頭頸部 (耳鼻)
- 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・仙椎)
- 胸部 (肺・縦隔)
- 心臓 (冠動脈CT)
- 腹部 (肝・胆・膵・腎)
- 骨盤 (前立腺・膀胱・子宮卵巣)
- 上肢 (左・右)
- 脚膝 (左・右)
- 股 (左・右)
- その他 (特記事項)

( )

**傷病名**

症状経過及び紹介目的

既往歴・  
現在の処方

■以下につきましては、必ずチェックをお願いいたします。

|                              |  |   |
|------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> MRI | 体内金属(心臓ペースメーカー・人工内耳) 妊娠初期(14週以内)の可能性<br>磁石で固定する入れ歯(インプラント含む) *該当の方検査不可 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
|                              | 体内クリップ(脳動脈クリップ[平成以前]・その他クリップ)<br>具体的に( )                               | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
|                              | 刺青・アートメイクなど  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
|                              | 授乳中の方  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
|                              | 閉所恐怖症の方  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| <input type="checkbox"/> CT  | 妊娠の可能性のある方 *該当の方検査不可   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
|                              | 授乳中の方 *該当の方は事前にご連絡ください   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |

検査結果画像の種類をお選びください  フィルム or  CD-R