CT ・ MRI 検査依頼票

検査予約日	年	月	日	午前 ・ 午後	時	分

ふりがな 患者氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	明・大・昭・平　年　月　日　歳		

紹介医療機関名		造影	有 ・ 無
依頼医師名			

依 頼 検 査	C T ・ M R I

撮影部位選択

頭部ルーチン	咽頭・喉頭	胸部ルーチン	腹部ルーチン	骨盤腔	整形領域		
頭部+MRA	甲状腺	左・右乳腺	肝臓	前立腺	頸椎	(左・右)肩関節	
頭部CTA	唾液腺	胸部CTA	膵臓	子宮	胸椎	(左・右)股関節	
副鼻腔	頸部CTA	胸部MRA	腎臓	卵巣	腰椎	(左・右)膝関節	
眼窩	頸部MRA	冠動脈CTA	MRCP	膀胱	全脊柱	(左・右)足関節	
聴器	その他		腹部CTA	精巣	(左・右)手指部	その他	
下垂体			腹部MRA	その他	(左・右)手関節	下肢MRA	
その他					(左・右)肘関節	下肢CTA	

※その他を選択の場合は、紹介目的欄に詳細を記載して下さい。

傷病名・紹介目的・既往歴・病状経過・検査結果等詳しくご記入下さい。

紹介目的・傷病名	
既 往 歴	
病 状 経 過	
検 査 結 果	

＜下記事項のチェックをお願いします＞

MRI	●体内金属・インプラントの有無(心臓ペースメーカー等) 具体的に(　　)	有 ・ 無
	●水頭症の手術の既往(シャントの有無)	有 ・ 無
	●乳房再建術の既往・予定	有 ・ 無
	●妊娠初期、もしくは可能性	有 ・ 無
	●授乳中である。(造影検査後、48h授乳中止)	有 ・ 無
	●薬剤アレルギーの有無	有 ・ 無
	●ぜんそく・小児ぜんそくの既往　(治療中 ・ 治療なし	有 ・ 無
	●腎機能　クレアチニン値(　　) 可能ならeGFR(　　)	有 ・ 無
	採血実施日　　年　　月　　日	

※体内インプラントに関しては、検査禁忌の場合があるので詳しくご記入下さい。

CT	●妊娠、もしくは妊娠の可能性	有 ・ 無
	●授乳中である。(造影検査後、24h授乳中止)	有 ・ 無
	●ぜんそく・小児ぜんそくの既往　(治療中 ・ 治療なし	有 ・ 無
	●薬剤アレルギーの有無	有 ・ 無
	●腎機能　クレアチニン値(　　) 可能ならeGFR(　　)	有 ・ 無
	採血実施日　　年　　月　　日	

※腎機能低下がみられる場合は、造影検査不可(目安はeGFR 40.0以上)