

検査依頼票

<保険診療用>

依頼元医療機関名	診療科名	ご担当医師

患者氏名	性別	生年月日
	男 ・ 女	M・T S・H 年 月 日生
電話番号	貴院カルテNo.	

予約専用フリーダイヤル:  0120-660-595

予約日時	患者様より直接予約する場合は下記にご記入ください。		
月 日 午前 午後	時 分	<貴院次回診療日> 月 日() 午前 午後	診察日未定

検査区分	造影剤
<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 一任	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 一任 ●アレルギー (鉄[MRI]・ヨード[CT]・妊娠初期、cr1.5以上の方は原則不可) ●喘息をもっている患者様の造影検査は如何なる理由があっても行いません

検査部位	● 1回の検査は1部位とさせていただきます。(確実に診断が行えるようにとの判断です。ご協力をお願い致します。)								
部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 骨盤部	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 肩関節	<input type="checkbox"/> 肘関節	<input type="checkbox"/> 手関節	<input type="checkbox"/> 手
	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 仙椎	<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> 膝関節	<input type="checkbox"/> 足関節	<input type="checkbox"/> 足
その他									

疾病名	

経過・病歴・その他	

■ 以下につきましては、**厳重にチェック**をお願いいたします。

造影検査不可	主治医の許可により検査可能	
喘息 無 ・ 有	● 妊娠 無 ・ 有 (第 週)	
ヨードアレルギー 無 ・ 有	主治医の許可により検査可能 (造影検査に関する事項)	
造影剤過敏症の既往 無 ・ 有	造影検査を受けたことがある 無 ・ 有	腎障害 無 ・ 有
■お知らせ	(有の場合) 造影検査の既往 無 ・ 有	ルアチニ(mg/di) BUN(mg/di)
当院では緊急処置に限界がある為、患者様の生命を第一に考え上記に該当する患者様の検査をお断り致しております。ご理解とご協力をお願い致します。	アレルギー () 無 ・ 有	透析 無 ・ 有
	重篤な肝障害 無 ・ 有	授乳 無 ・ 有
	感染症 SVS ・ HBV ・ HCV ・ HIV ・ MRSA ・ その他 ()	

九州画像診断クリニック

Tel : 092-737-4830
Fax : 092-737-4831

検査依頼票

<保険診療用>

依頼元医療機関名	診療科名	ご担当医師

患者氏名	性別	生年月日
	男 ・ 女	M・T S・H 年 月 日生
電話番号	貴院カルテNo.	

予約専用フリーダイヤル： 0120-660-595

予約日時	患者様より直接予約する場合は下記にご記入ください。		
月 日 午前 午後	時 分	<貴院次回診療日> 月 日() 午前 午後	診察日未定

検査区分	造影剤
<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 一任	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 一任
	<ul style="list-style-type: none"> ●アレルギー（鉄[MRI]・ヨード[CT]、妊娠初期、cr1.5以上の方は原則不可） ●喘息をもっている患者様の造影検査は如何なる理由があっても行いません

検査部位	● 1回の検査は1部位とさせていただきます。（確実に診断が行えるようにとの判断です。ご協力をお願い致します。）
部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 仙椎 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 足
その他	

疾病名	

経過・病歴・その他	

■ 以下につきましては、**厳重にチェック**をお願いいたします。

造影検査不可	主治医の許可により検査可能	
喘息 無 ・ 有	● 妊娠 無 ・ 有 （ 第 週 ）	
ヨードアレルギー 無 ・ 有	主治医の許可により検査可能（造影検査に関する事項）	
造影剤過敏症の既往 無 ・ 有	造影検査を受けたことがある 無 ・ 有	腎障害 無 ・ 有
■お知らせ	（有の場合）造影検査の既往 無 ・ 有	尿酸(mg/di) BUN(mg/di)
当院では緊急処置に限界がある為、患者様の生命を第一に考え上記に該当する患者様の検査をお断り致しております。ご理解とご協力をお願い致します。	アレルギー（ ） 無 ・ 有	透析 無 ・ 有
	重篤な肝障害 無 ・ 有	授乳 無 ・ 有
	感染症 SVS ・ HBV ・ HCV ・ HIV ・ MRSA ・ その他（ ）	

検査依頼票

<保険診療用>

依頼元医療機関名	診療科名	ご担当医師

患者氏名	性別	生年月日
	男 ・ 女	M・T S・H 年 月 日生
電話番号	貴院カルテNo.	

予約専用フリーダイヤル： **0120-660-595**

予約日時	患者様より直接予約する場合は下記にご記入ください。	
月 日 午前 午後 時 分	<貴院次回診療日> 月 日() 午前 午後	診察日未定

検査区分	造影剤
<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 一任	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 一任 ●アレルギー（鉄[MRI]・ヨード[CT]・妊娠初期、cr1.5以上の方は原則不可） ●喘息をもっている患者様の造影検査は如何なる理由があっても行いません

持参するもの 保険証・検査依頼表

●当日は、所要時間はおおよそ1時間を目安にしてください。（診療の都合で多少お待たせする場合がございます。）

ご注意

おなか（腹部）の検査を受ける

造影検査を受ける方・一任の方

その他の方は
飲食の制限は
ありません。

食事制限 6 時間（検査前）

食事制限 4 時間（検査前）

※水・お茶はかまいませんが、牛乳やクリームの入ったものはとらないでください。

