

検査依頼票

<MRI乳腺造影検査用>

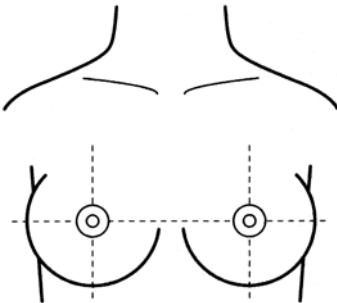
依頼元医療機関名	診療科名	ご担当医師

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
月 日 午前 午後 時 分

疾病名	フィルム希望
	DICOMデータ希望

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)	
コードアレルギー 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 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。	(有の場合) 造影検査の既往 無 ・ 有	カプテン(mg/di) BUN(mg/di)
	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

<MRI乳腺造影検査用>

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
月 日 午前 午後 時 分

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もございます。）

ご注意

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 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。

