うえだ下田部病院オープン検査予約票

1枚目(貴院控え・FAX用)

(診療情報提供書)

FAX番号 ０７２－６７３－８６５６

予約電話番号 ０７０－２４５１－４３２４ 放射線科直通

ご依頼施設名 電話番号	ご依頼医師名
(ふりがな) 患者様氏名 電話番号	生年月日（西暦） 年　月　日　生 性　別　☐ 男性　☐ 女性
検査予定日時　西暦　年　月　日　午前　時　分	

☐ **MRI** (単純)

撮影部位

☐ ① 頭部
☐ ② 頸椎
☐ ③ 胸椎
☐ ④ 胸-腰椎移行部
☐ ⑤ 腰椎
☐ ⑥ 上肢(　　)　(　　)
☐ ⑦ 下肢(　　)　(　　)
☐ ⑧ その他（　　）

＊体幹部撮影部位において、腹囲１１０ｃｍを超える方の撮影はできない場合があります。

＊妊娠をされている方もしくはその疑いのある方は検査は受けられません。

☐ **CT** (単純)

撮影部位

☐ ① 頭部・副鼻腔・聴器
☐ ② 頸部・甲状腺
☐ ③ 胸部
☐ ④ 全腹部
☐ ⑤ 上腹部
☐ ⑥ 骨盤部
☐ ⑦ 椎体（☐頸椎・☐胸椎・☐胸-腰椎椎移行部・☐腰椎）
☐ ⑧ 上肢(　　)　(　　)
☐ ⑨ 下肢(　　)　(　　)
☐ ⑩ その他（　　）

MRI検査に関する問診

ペースメーカー	☐有（検査不可）・☐無
脳動脈瘤クリップ	☐有・☐無
MRI検査経験(　経験あり　)	☐有・☐無
手術歴　(　手術歴あり　)	☐有・☐無
体内金属　(　金属あり　)	☐有・☐無
義歯・補聴器	☐有・☐無
入れ墨	☐有・☐無
閉所恐怖症	☐有・☐無
妊娠していますか	☐はい・☐いいえ

病名・主訴・および検査目的

病　名）

検査目的）

特定医療法人健和会 うえだ下田部病院

1枚目のコピーを封筒に入れていただき、2枚目と一緒に患者さまにお渡しください。　**再診日　月　日**

尚、１枚目はご依頼元控えとしてください。

R1.1

うえだ下田部病院オープン検査予約票

2枚目(患者さま用)

検査予定日時　西暦　　年　　月　　日　午前　　時　　分	
患者様氏名	
受付場所	検査予約の２０分前までに　**病院１階受付へ**　お越しください
持ち物	＊当日は、この予約票と封筒（診療情報提供書,等）と保険証をお持ちになって受付をお済ませ下さい（当院の診察券をお持ちの方は合わせてお持ち下さい）

MRI検査を受けられる方へ

◎検査の都合上、予定時間が遅れる場合があります。

◎MRI検査は強力な磁場を使用していますのでつぎの注意事項をよくお読みください。

注意事項

★　検査を受けられない方

◎体内に**ペースメーカー等の機械**を装着されている方。

★　検査を受けられない場合がある方

（該当する場合は必ず申し出てください）

◎今までに手術をしたことのある方で体内に金属（脳動脈瘤クリップ等）が入っている方

◎現在妊娠されている方、またその可能性のある方。

◎狭いところでじっとしていられない方。

◎入れ墨をされている方。

★　検査着に着替えていただく事もあります。

◎ヒートテック等の化学繊維を使用している肌着は画像に影響することがあり脱いでいただくことがあります。

◎カラーコンタクトやディファインコンタクトを付けたまま検査することはできません。

色の濃いメイクも落としていただく事もあります。

◎補聴器、時計、スマホ、車の鍵等や磁気カード類、入れ歯など外せるものは外して検査室には持ち込まないようにして下さい。

CT検査を受けられる方へ

◎検査の都合上、予定時間が遅れる場合があります。

◎検査部位によっては絶食が必要な検査があります。（＊１）

◎検査まで排尿を我慢していただかなければならない検査もあります。（＊２）

＊１：腹部検査の場合、午前の検査の方は朝食を午後からの検査の方は昼食を絶食してください。

＊２：下腹部、膀胱の検査の方は、検査２時間以上前より排尿しないでください。

＊必要な内服薬がある時は、少なめの水で服用してください。

★　検査部位に画像に影響の出る金属類等がある場合検査着に着替えていただく事もあります。

尚、当日ご都合の悪い場合は、下記へご連絡ください。

特定医療法人健和会 うえだ下田部病院　TEL 070-2451-4324（放射線科直通）