**依頼日：　　　 　年 　　　月　 　　日**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **紹介元情報** | **医療機関名** |  | **※貴院様指定の「診療情報提供書」の添付をお願い致します。** |
| **所在地** |  |
| **ご連絡先** | TEL： |
| FAX： |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **患者情報** | **フリガナ** |  | **性 別** | □ 男性　□ 女性 |
| **氏　名** |  | **生年月日** | □ 大正　□ 昭和　□ 平成　□ 令和　 　　　　　年　　　　月　　　 日 |
| **ご連絡先** |  | **送迎希望** | □ なし　□ 当院送迎希望 |

|  |  |
| --- | --- |
| **予約日時** | 　　　年　　　　月　　　　日　（　　　　）　　　　　　時　　　　分 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **依頼項目** | **□ DXA骨密度** | 腰椎や股関節の手術歴（固定術、人工関節など）　□ なし　□ あり |
| **□ 単純CT**  | **撮影部位** |
| □ 頭部□ 胸部□ 胸腹部□ 腹部□ 骨盤腔（　　　　　　） | □ 頚椎□ 胸椎□ 胸腰椎移行部□ 腰椎□ 骨盤（　　　　　　） | □ 股関節□ 上　肢（　　　　　　）□ 下　肢（　　　　　　）□ その他（　　　　　　） |
| **□ 単純MRI**  | **撮影部位** |
| □ 頭部（MRA含む）□ 頭部＋頚部MRA□ 頭部＋VSRAD□ MRCP□ 骨盤腔（　　　　　　） | □ 頚椎□ 胸椎□ 胸腰椎移行部□ 腰椎□ 骨盤（　　　　　　） | □ 股関節□ 上　肢（　　　　　　）□ 下　肢（　　　　　　）□ その他（　　　　　　） |

**CT・MRI共通確認事項（注意：禁忌にひとつでも該当事項があれば検査できません。）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **禁忌**ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ、埋込型除細動器(ICD) | なし ・ あり | 読影所見(17時迄の撮影) | □ 通常(翌日午前中)□ 至急(2時間以内) | ※17時以降至急は翌朝9時 |
| **禁忌**妊娠あるいは妊娠している可能性 | なし ・ あり |

**MRI確認事項（注意：禁忌にひとつでも該当事項があれば検査できません。）**

|  |  |
| --- | --- |
| **禁忌**可変圧式ﾊﾞﾙﾌﾞｼｬﾝﾄ(脳室・腹腔)、人工内耳、神経刺激装置などの体内電子装置 | なし ・ あり |
| **禁忌**眼球内金属片、磁石を利用した義眼・義歯、事故等による体内金属片の混入 | なし ・ あり |
| 脳動脈瘤ｸﾘｯﾌﾟ、人工心臓弁、ｽﾃﾝﾄ、ｺｲﾙ、整形外科ｲﾝﾌﾟﾗﾝﾄ、避妊ﾘﾝｸﾞ、その他の体内金属 | なし ・ あり |
| 閉所恐怖症や長時間の静止が困難 | なし ・ あり | 入れ墨(ｱｰﾄﾒｰｸ､ﾀﾄｩｰ) | なし ・ あり |
| 補聴器 | なし ・ あり | カラーコンタクトレンズ | なし ・ あり |

**MRI検査の準備、注意点**

* 眼鏡、腕時計、ヘアピン、アクセサリー等の貴金属類、補聴器、入れ歯、湿布、カイロ、ピップエレキバン、

ノルスパンテープ、ニトロダーム、かつら、ウィッグ等は外してください。財布、磁気カードは持ち込めません。

* アイシャドウ、マスカラ、ラメ等の金属を含んでいる可能性がある化粧はしないでください。
* 金属が付いている衣服や防寒下着(ヒートテック等)は撮影部位に関係なく検査衣に着替えていただきます。
* 検査前日から検査終了まで鉄剤や鉄サプリメントの服用は避けてください。