

FAXにてご送付ください

# 検査依頼票



042-497-8561



医療法人社団

順洋会 武蔵野総合クリニック

ふりがな				性別	男	女
患者氏名						
生年月日	M・T・S・T	年	月	日	電話番号	※日中必ず連絡の取れる番号
住所						

## 予約日時(紹介元医療機関からのご予約)

月	日	午前	時	分より
		午後		

紹介元医療機関名			
ご担当医師名	Ⓜ		
住所		電話番号	

## 検査区分 ※一般撮影をご希望の場合は、撮影部位を必ずお書きください

MRI	CT	マンモ	骨密度	一般撮影【
-----	----	-----	-----	-------

MRI/CT/マンモ 撮影部位	傷病名・紹介目的	
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 乳房(一方向・二方向) <input type="checkbox"/> 腹部(肝・胆・膵・腎) <input type="checkbox"/> 骨盤(子宮・卵巣・前立腺・膀胱) <input type="checkbox"/> 右・左上肢(肩・上腕・肘・前腕・手関節) <input type="checkbox"/> 右・左下肢(股関節・大腿・膝・下腿・足関節) <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> その他	備考(その他撮影部位の詳細や注意事項等)	
骨密度 撮影部位	読影の有無	有    無
<input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 大腿		

## 下記事項のチェックをお願いいたします。

お問合せ電話番号 042-491-1081

<b>MRI</b>			
○体内金属 (心臓ペースメーカー・人工内耳・脳動脈クリップ・その他の体内金属)	有・無	有の場合、検査ができないことがあります。	※応相談
具体的に【			
○刺青・アートメイク	有・無	有の場合、場所・時期によって検査ができないことがあります。	
○入れ歯(磁石で固定するタイプ)	有・無	有の場合、安定性が低下する危険性あり。お電話ください。	
○妊娠初期(13週以内)もしくは妊娠の可能性	有・無	有の場合、原則検査不可。	
○閉所恐怖症	有・無		
<b>CT</b>			
○妊娠初期(13週以内)もしくは妊娠の可能性	有・無	有の場合、原則、検査不可。	
<b>骨密度(デキサ)</b>			
○前回の骨密度測定の実施について	有・無	有の場合、4か月以上あけてください。	
○妊娠初期(13週以内)もしくは妊娠の可能性	有・無	有の場合、原則検査不可。	
○体内金属 腰椎	有・無		
大腿骨近位部【有・無】			
人工関節【右・左】			
その他【			

## 検査を受けられる方へ

1. 検査時間の10分前には1階受付にお声かけください。
2. 検査の開始時間や終了時間は、予定より前後することもありますのでご了承ください。
3. 検査開始前に検査着に着替えていただきます。

下着は金属ボタンやホックのないものを着用してください。

4. 検査室に金属類の持ち込みはできません。すべてロッカーに入れてください。
5. 腹部の検査の方は、食事を控えるようにお願いします。

下記事項のチェックをお願いいたします。

お問合せ電話番号 042-491-1081

MRI	
○体内金属 (心臓ペースメーカー・人工内耳・脳動脈クリップ・その他の体内金属)	有 ・ 無 有の場合、検査ができないことがあります。 ※応相談
具体的に【	
○刺青・アートメイク	有 ・ 無 有の場合、場所・時期によって検査ができないことがあります
○入れ歯(磁石で固定するタイプ)	有 ・ 無 有の場合、安定性が低下する危険性あり。お電話ください。
○妊娠初期(13週以内)もしくは妊娠の可能性	有 ・ 無 有の場合、原則検査不可。
○閉所恐怖症	有 ・ 無
CT	
○妊娠初期(13週以内)もしくは妊娠の可能性	有 ・ 無 有の場合、原則、検査不可。
骨密度(デキサ)	
○前回の骨密度測定の実施について	有 ・ 無 有の場合、4か月以上あけてください。
○妊娠初期(13週以内)もしくは妊娠の可能性	有 ・ 無 有の場合、原則検査不可。
○体内金属腰椎	有 ・ 無
大腿骨近位【 有 ・ 無 人工関節 右 ・ 左 】	
その他【	】