

# CT・MRI検査申込書 (事前にお電話でのご予約をお願いします)

患者情報			
ふりがな			住 所
氏名			
生年月日	T・S 年 月 日 ( 歳) H・R	電 話	

検査日時	年 月 日 時 分		
検査種別	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRI	造影の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
「造影あり」 の場合は必ず 記入ください	クレアチニン ( ) mg/dL eGFR ( ) ml/分/1.73 m <sup>2</sup> 喘息 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )		

※MRCPの方は検査前4時間**絶飲食**、造影CT・造影MRIの方は検査前4時間**絶食**です

※造影CTの検査でビグアナイド系糖尿病薬を服用中の患者様は

**検査日前後2日間(計5日間)の休薬が必要です。**

MRI検査に 関する チェック項目	●ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	→ 有の場合は、当院では検査不可です → 有の場合、検査ができない、または画像が歪む 場合があります
	●閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
	●体内金属	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	

紹介元医療機関	依頼医
TEL	FAX

※検査当日ご持参いただくもの : 診療情報提供書、検査同意書、保険証

※予約時間の30分前(造影がある方は45分前)までの来院をお願い致します。

※前日までに申込書のFAX送信をお願い致します。

社会医療法人 潤心会 熊本セントラル病院 放射線科  
 予約受付(直通) TEL:096-285-5473 FAX:096-285-5491