

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	男 ・ 女		
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 検査部位 ()	造影の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
ペースメーカーの有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	リブレ (持続血糖測定器) 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/1.73m ² 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の検査でビッグアノ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 ●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	→ <input checked="" type="checkbox"/> 有の場合は、当院では検査不可です → <input checked="" type="checkbox"/> 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
--------------------------	---	--

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。

※リブレ (持続血糖測定器) を装着されている方は、検査の際には取り外していただきます。

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 (放射線科直通) TEL : 096-285-5473 FAX : 096-285-5491