

# 放射線科検査依頼票 CT/MRI/骨密度

依頼医療機関名		依頼医師名	
---------	--	-------	--

患者情報記載欄			検査日時		
フリガナ		性別	年	月	日
患者氏名		男・女			
生年月日	年	月	日	時	分

## 検査機器、部位記載欄

CT <input type="checkbox"/> 単純のみ・ <input type="checkbox"/> 造影のみ・ <input type="checkbox"/> 単純造影両方	MRI <input type="checkbox"/> 単純・ <input type="checkbox"/> 造影
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔面（副鼻腔） <input type="checkbox"/> 聴器 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部（肝～腎） <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 脊椎（頸・胸・腰） <input type="checkbox"/> 四肢（右・左） <input type="checkbox"/> CTA	<input type="checkbox"/> 頭部（脳ルーチン・軟部腫瘍） <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 内耳 <input type="checkbox"/> 頸部（硬口蓋～胸鎖関節） <input type="checkbox"/> 頸部血管（造影なしMRAのみ） <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 唾液腺 <input type="checkbox"/> 胸部（縦隔・体幹軟部腫瘍） <input type="checkbox"/> 右上肢・ <input type="checkbox"/> 左上肢（肩・上腕・肘・前腕・手・手指・軟部腫瘍(部位)） <input type="checkbox"/> 右下肢・ <input type="checkbox"/> 左下肢（股・大腿・膝・下腿・足・足指・軟部腫瘍(部位)） <input type="checkbox"/> 肝臓・胆嚢・脾臓 <input type="checkbox"/> 膵臓 <input type="checkbox"/> MRCP（ボースデル無しの場合は指示して下さい） <input type="checkbox"/> 腎・副腎 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺・女性骨盤臓器 <input type="checkbox"/> 下肢動脈（造影なし） <input type="checkbox"/> 脊椎（頸・胸・腰）

※3Dご希望の際は後日郵送となります  
 撮影範囲を[ ]に記載してください

### 骨密度

腰椎、股関節

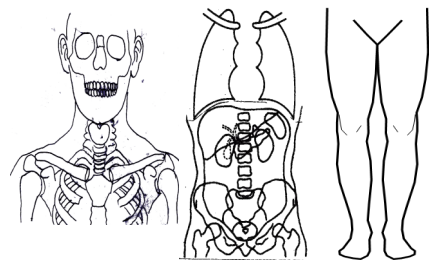
①腰椎・股関節に骨折はありませんか？〈はい・いいえ〉（部位： 時期： ）  
 ②妊娠中ではありませんか？〈有・無〉 ③透析を受けていますか？〈はい・いいえ〉

※1週間以内にバリウム検査、造影MRI、造影CT、RIを受けていると検査できない場合がありますのでご相談下さい

○臨床診断名

○既往

○検査目的



読影	有・無
出力	CD-R・フィルム
提出方法	<input type="checkbox"/> 患者様に手渡し <input type="checkbox"/> 郵送( / 必着)

○CTの冠状動脈撮影、MRI対応ペースメーカー患者様は当院循環器内科への依頼をお願いいたします。

○複数部位をオーダーされますと検査できない場合がございます。複数部位を希望される場合は必ず予約時にご相談ください。

○造影CT、単純(造影)MRIでは別途同意書も記載必須です。

※提出方法等に記載がない場合はこちらの都合とさせていただきます

※骨密度検査は紙出力で装置自動判定が記載されています

# CT検査予約票

医療機関名 \_\_\_\_\_ 依頼医師名 \_\_\_\_\_

患者氏名 (カナ) \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_

検査日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 \_\_\_\_\_

## CT検査を受けられる方へ

### 【当日の手続き】

検査開始予定時刻の**20分前までに**来院し、紹介患者窓口で受け付けを行って下さい。

遅れますと長時間お待たせしたり、検査できない場合があります。

### 【CT検査とは】

X線を多方向から人体に透過させて測定したデータをコンピューターで解析して、体の輪切りのような画像を作る検査です。

この検査は寝台に寝て撮影を行う、比較的体に負担の少ない検査です。検査に要する時間は15分～30分です。

### 【検査に必要な準備及び注意事項】

●上腹部CT及びおよび各造影CTの場合、必要時に検査前4時間は禁食して頂きます。

(水・お茶などの水分は摂取して頂いても結構です。)

\_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_時頃から食事は摂らないで下さい

午前検査の方：朝食は摂らないで下さい。

午後検査の方：昼食は摂らないで下さい。

今回検査のための食事制限はありません。

●心臓および高血圧のお薬を処方されている方は、いつも通りお薬を飲んで来院して下さい。

●X線を用いた検査ですので、妊娠している方や妊娠の可能性のある方は必ず主治医に相談して下さい。

●胃、腸造影に使ったバリウムが腸内に残っていると、腹部CT検査に支障をきたします。胃、腸バリウム検査後7日以内にCT検査の予定が入った方はお知らせください。

●ペースメーカーや埋め込み型除細動器をつけている方は主治医に相談して下さい。胸部CT撮影では、誤作動を起こす恐れがありますので本体を避けて撮影する事があります。

●撮影する部位にかかる金属等は、検査時に外して頂く場合があります。

### 【造影剤を使用して検査を受ける方へ】

●アレルギーやヨード過敏症の方は問診の際に申し出て下さい。

### 【その他】

●検査日に都合が悪くなったり、予約時間20分前に来院できなくなった場合は早めにご連絡下さい。

●救急患者様が来院された場合、検査予約時間より遅れる場合があります。ご理解とご協力をお願いいたします。

●不明な点は、主治医または検査担当者に遠慮なくご質問下さい。