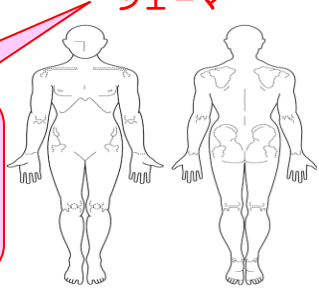
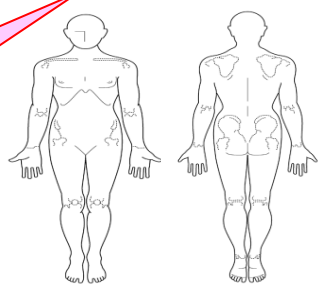


# CT・MRI 検査 検査依頼内容詳細

**記入例**

\*紹介状扱いとなりますので、必ずご記載ください（別途紹介状は不要です）。

CT 検査	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 診察と検査
検査内容	<input type="checkbox"/> CT 単純 <input type="checkbox"/> CT 造影（直近 3 カ月以内の血液データ（クレアチニン）が必要になります）
患者状態	*記入必須 アレルギー（無・有） 腎障害（無・有） 喘息（無・有） 糖尿病内服（無・有） 女性のみ 妊娠（無・有）
依頼部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 全腹部（肝臓～骨盤腔） <input type="checkbox"/> 上腹部（肝臓～腎臓） <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙骨 <input type="checkbox"/> 尾骨
主症	（ ） R・L・両（部位： ） （ ）
検査目的	必ず有無を確認して下さい。確認が取れていない場合や “有”の場合は原則検査のご案内ができません。 ・単純検査：妊娠 ・造影検査：上記に加え、アレルギー・腎障害等も必須 （*腎障害：eGFR45 以下）
検査目的	紹介状扱いとなりますので、必ず詳細記入して下さい。別途紹介状が発生する場合は、 予約日前日までに FAX して下さい。 見たい部位が限局される場合は、必ず記載して下さい。 （*腎障害：eGFR45 以下） お願い致します。
	シエーマ 

MRI 検査	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 診察と検査
検査内容	<input type="checkbox"/> MRI 単純 <input type="checkbox"/> MRI 造影（直近 3 カ月以内の血液データ（クレアチニン）が必要になります）
患者状態	*記入必須 アレルギー（無・有） 腎障害（無・有） 喘息（無・有） 糖尿病内服（無・有） 女性のみ 妊娠（無・有）
患者情報	体内金属（無・有） ペースメーカー（無・有）
依頼部位	<input type="checkbox"/> 頭部 MRA <input type="checkbox"/> 頸部 MRA <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> その他 MRA（部位： ） <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙骨・尾骨 <input type="checkbox"/> 足関節
主症	（ ）
検査目的	必ず有無を確認して下さい。確認が取れていない場合や “有”の場合は原則検査のご案内ができません。 ・単純検査：妊娠・体内金属・ペースメーカー *体内金属は施行可能と確認が取れていればご案内可能です。 ・造影検査：上記に加え、アレルギー・腎障害等も必須 （*腎障害：eGFR45 以下）
検査目的	紹介状扱いとなりますので、必ず詳細記入して下さい。別途紹介状が発生する場合は、 予約日前日までに FAX して下さい。 見たい部位が限局される場合は、必ず記載して下さい。
	シエーマ 

医療連携室（直通 TEL）03-5696-1871（平日 8:30～17:00、土曜 8:30～12:00）

2021 年 1 月 27 日改訂