

氏名		性別	男・女
----	--	----	-----

検査予定日	平成 年 月 日 () AM・PM	時 分
-------	--------------------	-----

MRI検査

MRI用問診票を用意しております。ぜひご利用ください。

検査前チェックリスト (有)の場合は部位・時期等 具体的にご記入ください) []

- ・心臓ペースメーカー、埋め込み型電気刺激装置 (無 ・ 有) *有の場合はMRI禁忌です。条件付MRI対応ペースメーカーの場合はお問い合わせください。
- ・脳動脈クリップ (無 ・ 有) ・管腔内ステント、コイル (無 ・ 有) ・その他体内金属異物 (無 ・ 有)
- ・入れ墨 (無 ・ 有) ・閉所恐怖症 (無 ・ 有) ・妊娠 (無 ・ 有)

*造影剤使用 [無 ・ 有]

有の場合は、造影検査の同意書を取得し、主治医の署名あるいは捺印の上、検査当日に持参をお願いします。

検査部位

- 頭部(MRA) 頸部 胸部・背部 ()
- 頸椎 胸椎 腰椎 その他脊椎 ()
- 骨盤【 婦人科骨盤 (子宮 ・ 卵巣) 前立腺 膀胱 その他骨盤部 ()】
- 四肢 () 下肢非造影MRA その他 ()
- 上腹部【 MRCP Dynamic 肝細胞性造影剤 その他上腹部 ()】

CT検査

*造影剤使用 [無 ・ 有]

有の場合は、造影検査の同意書を取得し、主治医の署名あるいは捺印の上、検査当日に持参をお願いします。

検査部位

- 頭部 () 頸部 胸部 上腹部 全腹部 骨盤部
- 四肢 () その他 ()
- 心臓 [*心臓検査のみ⇒ βブロッカー使用 可 ・ 不可]

RI検査 *予約時に前処置の内容をご確認ください

- 心筋シンチ 脳血流シンチ 骨シンチ ガリウムシンチ
- TI運動負荷 (¹²³I-IMP定性)
- TI薬物負荷 DATシンチ その他 ()

その他の検査 ()

臨床診断

検査目的

臨床経過

*CT・MRI造影剤使用時 検査日から3ヶ月以内の血清クレアチニン値 [] 採血日 平成 年 月 日

地方独立行政法人 明石市立市民病院 医療介護連携課 直通TEL 078(912)2359(専用) 直通FAX 078(912)2362(専用)