明石市立市民病院　画像検査申込書（様式２－２）

氏名　　　　**性別**　男　女

検査予定日　平成　年　月　日（　曜）　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　㊒の場合は部位・時期等 具体的にご記入ください[　　　]）

・心臓ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ、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）　□ 頚部　□ 胸部 ・ 背部（　　）

□ 頚椎　□ 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 （　　）□ 頚部　□ 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
- □ Tl安静
- □ Tl運動負荷
- □ Tl薬物負荷

□ 脳血流シンチ（ ^{123}I-IMP定性）

□ DATシンチ

□ 骨シンチ

□ その他（　　）

□ ガリウムシンチ

□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　3ヶ月以内の血清クレアチニン値 [　　]　採血日　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）

当院記入欄++

明石市立市民病院 ID　　紹介元医療機関名　　2016.10版