明石市立市民病院　画像検査（MRI/CT/RI）FAX申込書

年　月　日

FAX送信先：078-912-2362

《紹介元情報》

医療機関名		医師名	
住　所	〒		
電話番号	（　　）	FAX番号	（　　）

画像はCD-Rで当日お渡しします
（土曜は後日郵送します）

レポートは後日郵送します

☐　FAX要

《患者情報》

氏　名	フリガナ 男・女	明石市立市民病院受診歴	有・無
		生年月日	年　月　日 （　　）歳
住　所	〒　　TEL（　　）		

検査予定日　　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

☐ 脳（☐MRA）　☐ 頭頸部（　　　）☐ 頸部　☐ 胸部・背部（　　　）　☐ 両側乳腺造影
☐ 頸椎　☐ 胸椎　☐ 胸腰椎移行部　☐ 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

医療被ばくに関する説明をお願いします

☐ 放射線被ばくの説明 済

＊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（　　）
☐ 心臓　［＊心臓検査のみ　βブロッカー使用 ☐ 可　☐ 不可　］　☐ その他（　　　）

☐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　（^{123}I-IMP定性）
{ ☐ TI 薬物負荷　☐ DATシンチ　☐ その他（　　　）

臨床診断

検査目的

臨床経過

＊CT・MRI造影剤使用時は 3ヶ月以内の 血清クレアチニン値　　またはeGFR値　　採血日　年　月　日

地方独立行政法人　明石市立市民病院　直通TEL ０７８（９１２）２３５９（専用）
地域医療連携課地域連携係　直通FAX ０７８（９１２）２３６２（専用）

2022.2月版