

**CT・MRI検査依頼書**  
(八重山医療機関用)

\* 検査時の安全性が確保できなければ  
中止になる場合もあります。

患者氏名： \_\_\_\_\_

<b>検査項目</b> <input type="checkbox"/> CT (単純・造影) <span style="float:right;"><input type="checkbox"/>MRI (単純・造影)</span>	
<input type="checkbox"/> ダイナミック <input type="checkbox"/> CT-A <input type="checkbox"/> 3D	
<b>検査部位</b>	
<b>検査目的</b>	
身長 _____ cm 体重 _____ kg	<b>移動形態</b> <input type="checkbox"/> 単独歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー

CTチェック項目	MRIチェック項目
妊娠の可能性 <span style="float:right">有 ・ 無</span>	<絶対禁忌事項>
* 造影検査の場合は下記もチェックしてください。	心臓ペースメーカー・ICD (埋め込み式除細動器) <span style="float:right">有 ・ 無</span>
喘息 <span style="float:right">有 ・ 無</span>	人工内耳 <span style="float:right">有 ・ 無</span>
アレルギー <span style="float:right">有 ・ 無</span>	金属製の心臓人工弁 (1970年以前のもの) <span style="float:right">有 ・ 無</span>
ビグアナイド系糖尿病服用 <span style="float:right">有 ・ 無</span>	スワン・ガンツカテーテル <span style="float:right">有 ・ 無</span>
クレアチニン値 (月 日 _____)	神経刺激装着・骨成長刺激装置 <span style="float:right">有 ・ 無</span>
同意書 <span style="float:right">有 ・ 無</span>	強磁性体の破片 <span style="float:right">有 ・ 無</span>
* 喘息・アレルギー等の方の造影剤使用は禁忌。	<危険・注意事項>
* クレアチニン値については、過去3か月以内の採血データを添付してください。	V-Pシャント <span style="float:right">有 ・ 無</span>
* MRIの体内金属は商品名もしくは材質の確認をして下さい。 <u>材質不明な場合は検査ができないことがあります。</u>	手術などによる体内金属 <span style="float:right">有 ・ 無</span> (クリップ・人工関節・プレート・避妊リング・その他)
* 糖尿病治療薬であるビグアナイド系薬剤 (商品名：メトグルコ、メデットなど) 造影剤の検査48時間前より内服中止、そして検査後48時間の投与中止が推奨されます。	コイル・ステント (体内留置 4～6週間以内) <span style="float:right">有 ・ 無</span>
	義眼・義歯 (磁石で装着しているもの) <span style="float:right">有 ・ 無</span>
	刺青・タトゥー <span style="float:right">有 ・ 無</span>
	閉所恐怖症 <span style="float:right">有 ・ 無</span>
	妊娠の可能性 <span style="float:right">有 ・ 無</span>
	* 造影検査の場合は下記もチェックしてください。
	喘息 <span style="float:right">有 ・ 無</span>
	アレルギー <span style="float:right">有 ・ 無</span>
	クレアチニン値 (月 日 _____)
	同意書 <span style="float:right">有 ・ 無</span>