

# CT・MRI検査依頼書 （八重山圏内医療機関用）

年            月            日

患者さまシメイ	生年月日
<b>●検査項目</b> <input type="checkbox"/> CT単純 <input type="checkbox"/> CT造影 <input type="checkbox"/> MRI単純 <input type="checkbox"/> MRI造影 <input type="checkbox"/> ダイナミック <input type="checkbox"/> CT-A <input type="checkbox"/> 3D	
<b>●臨床診断（診断名）</b>	<b>●検査部位</b>
<b>●症状</b>	
<b>●身長・体重</b> 身長                      _____ cm 体重                      _____ kg	<b>●移動形態</b> <input type="checkbox"/> 単独歩行 (ADL) <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
①妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<b>〈絶対禁忌事項〉</b> ①心臓ペースメーカー・ICD <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <small>（埋め込み式除細動器）</small>
<b>※CT造影検査の場合は下記もすべてチェック・記入</b>	
②喘息 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	②人工内耳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
③アレルギー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	③金属製の心臓人工弁（1970年以前のもの） <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
④ビグアナイド系糖尿病薬服用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	④スワン・ガンツカテーテル <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
⑤eGFR値            (            )    検査日 /	⑤神経刺激装置・骨成長刺激装置 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
⑥クレアチニン値    (            )    検査日 /	⑥強磁性体の破片 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
⑦同意書 <input type="checkbox"/> 有	<b>〈危険・注意事項〉</b> ⑦V-Pシャント <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ⑧手術などによる体内金属 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <small>（クリップ・人工関節・プレート・避妊リング・その他）</small> ⑨コイル・ステント（体内留置 4～6週間以内） <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ⑩義眼・義歯（磁石で装着しているもの） <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ⑪刺青・タトゥー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ⑫閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ⑬妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ⑭同意書 <input type="checkbox"/> 有
※喘息・アレルギー等の方の造影剤使用は禁忌です。  ※クレアチニン値・eGFR値については過去3カ月以内の採血データの結果を必ず記入してください。  ※MRI検査希望者の体内金属は商品名もしくは材質を確認してください。 材質不明な場合は検査ができないことがあります。  ※糖尿病治療薬であるビグアナイド系薬剤（メトグルコ・メディットなど）は造影剤検査の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。  ※検査時の安全等が確保できなければ、医師の判断で検査を中止することがあります。	<b>※MRI造影検査の場合は下記もすべてチェック・記入</b> ⑮喘息 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ⑯アレルギー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ⑰eGFR値            (            )    検査日 / ⑱クレアチニン値    (            )    検査日 /