

紹介患者様用
CT・MRI検査予約表

患者ID	
患者氏名	
生年月日	
住 所	診療録に同じ
紹介元医療機関	
担当医師	

検 査 予 約 日		
年	月	日
午前・午後	時	分
CT・MRI の検査です。		

＜検査を受けられる患者様へ＞

- ◎患者様は検査前に依頼医療機関に必ず**検査前チェック**をお受け下さい。
- ◎当日は検査予約時間の**30分前までに紹介受付**までお越しください。
- ◎指定日時に来院出来なくなった場合、変更がございましたらご連絡下さい。
- ◎各検査の注意点を必ずお読み下さい。当日は保険証をご持参下さい。
- ◎妊娠の可能性がある場合は事前にご連絡ください。
- ◎緊急検査が入る事が多くあります。遅れる際には説明致しますのでご了承下さい。

＜ 注 意 点 ＞	
C T	M R I
検査時間は単純撮影で5分、造影撮影で15分くらいが目安です。	検査時間は30分くらいが目安ですが、部位や目的により異なります。
造影検査、腹部撮影の検査を受ける方は検査の4時間前より食事は取らないで下さい。	検査室には金属類、磁気カード類は持ち込めません。備付のロッカーに保管して下さい。
ビグアナイド系の糖尿病薬を服用されている方は休薬の場合があります。e-GFR値45～60の場合、検査3日間の休薬となります。e-GFRが45未満の場合、原則として造影検査を施行できません。	磁気の入った入歯、インプラントは使用不能になる恐れがあります。必ず検査前にお申し出下さい。 腹部、骨盤腔の検査を受ける方は検査の4時間前より食事は取らないで下さい。体内金属のある方は、治療をした病院へ検査をしても良いか確認が必要です。
2枚目のチェック項目は撮影部位に関わらず、全て記入をお願い致します。チェック漏れがある場合、検査を行えない場合があります。またチェックされた項目によっては検査を受けられない場合もあります。	

※その他不明点や検査日時の変更がございましたら、当院予約センターまでご連絡下さい。

新松戸中央総合病院
放射線科
予約センター

〒270-0034 松戸市新松戸1-380
047-345-1238(直通)
047-345-1115(直通)

診療情報提供書
(兼放射線科検査依頼票)

患者ID	
患者氏名	
生年月日	
住 所	診療録に同じ
紹介元医療機関	
担当医師	

検 査 予 約 日		
年	月	日
午前・午後	時	分
CT・MRI の検査です。		

C T		M R I	
・頭部	・脊椎()	・頭部	・副鼻腔
・頸部	・四肢()	・頸部	・頸椎
・胸部	・3D-CT()	・胸部	・胸椎
・腹部	・その他()	・腹部	・腰椎
・骨盤腔		・骨盤腔	
造影剤	要・不要	造影剤	要・不要

・臨床診断:

・既往歴、現症:

・検査目的:

・腎機能検査 最終検査日 年 月

BUN()mg/dl CR()mg/dl 身長()cm 体重()kg

検査前チェック(必ず記載して下さい)チェック漏れがある場合、検査を行えない場合があります。

・造影剤アレルギー歴	無 ・ 有 (造影剤禁忌)
・喘息既往歴	無 ・ 有 (MRI造影剤禁忌、CT造影剤原則禁忌)
・重篤な甲状腺疾患	無 ・ 有 (造影剤禁忌)
・重篤な心・腎・肝疾患	無 ・ 有 (CT造影剤禁忌)
・腎機能が悪いと指摘を受けたことがあるか	無 ・ 有
・アレルギー	無 ・ 有 ()
・妊娠	無 ・ 有 (原則不可)
・ペースメーカー 又は 除細動器	無 ・ 有 (MRI不可)
・体内金属	無 ・ 有 ()