

# 検査依頼書 兼 診療情報提供書

紹介先医療機関等名 山本第三病院 放射線科 担当医 殿

申込日 平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称		医師名		印
フリガナ		医療機関TEL		FAX
患者氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	性別 男・女
患者住所		TEL		
撮影方法のどちらかに○を付けてください	頭部 ・ 頸部 ・ 胸部 ・ 腹部 骨盤 ・ 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎			
MRI ・ CT				
造影の有無のどちらかに○を付けてください	上肢（左・右）		関節	
造影	あり・なし		関節	
ご希望があれば○を付けてください	（その他）			
MRA ・ CTA				
体内金属	あり・なし			
臨床診断	既往症・手術歴・臨床経過			

※記入完了後、本紙を切り取る前に FAX(06-6658-2130) してください。

----- 切り取り -----

## ～ 検査予約票 ～

ご紹介元医療機関名		医師名	医師
-----------	--	-----	----

検査日	平成 年 月 日 ( )
検査時間	午前 時 分 撮影 午後

患者様氏名	様	男・女
生年月日	M・T 年 月 日 S・H	歳

### 【注意事項】

- ①当日は、本予約票及び健康保険証、医療券等をお持ちください。
- ②検査時間の20分前までにはお越しください。
- ③予約時間に遅れた場合、撮影が出来なくなる事があります。
- ④都合により、撮影時間の遅れが生じることもありますのでご了承ください。

※その他、注意事項については、裏面をご参照ください。

医療法人山紀会 山本第三病院 大阪市西成区南津守4-5-20
--------------------------------------

代表 06-6658-6611  
検査予約センター 06-6658-9079  
FAX 06-6658-2130

## 【検査依頼書についてのお願い】

① ご依頼時には予約時間の確認のため、お電話でご連絡ください。

・06-6658-9079 (平日午前9時～午後5時、土曜日:午前9時～午前12時)  
・06-6658-6611 (上記時間外、日曜日、祝日)

② ご依頼内容について、本用紙の必要事項にご記入をお願いいたします。

③ ご記入後、記載した用紙をFAXにてお送りください。

・06-6658-2130 (FAX)

④ FAX送信後、用紙を切り取り、上半分を封筒に封入し、下半分と共に患者様へお渡しください。  
予約時間の20分前までに当院へとお越し頂くようにお伝えください。

## 【主治医へのお願い】

- 原則として、心臓ペースメーカーや磁性体の心臓人工弁を使用している方、磁性体入りインプラントの方、脳動脈瘤の手術歴のある方はMR検査をすることが出来ません。  
体内に金属片(人工弁、手術クリップ、人工関節、避妊リング、入れ墨等)を有する場合には、まれにその部分の発熱や画像の歪みの原因となることがありますので、注意してください。
- ヨード系造影剤(造影CT検査)使用前後の糖尿病薬の一部(ビグアナイド剤)は休薬が必要となります。  
休薬期間は造影検査の前後2日間です。

----- 切り取り -----

## 【MR I 検査を受けられる方へ】

- 検査は予約制ですので、都合の悪い場合は早めに放射線科までご連絡ください。
- 検査時間は部位により異なりますが(20～50分)、ご了承ください。  
(検査前には手洗い等を済ませておいてください)
- 下記の物品は検査室内には持ち込めません。  
腕時計・磁気カード(診察券・キャッシュカード・テレホンカード・定期券等)・ポケットベル・携帯電話  
鍵・小銭入れ・補聴器・メガネ・ヘアピン・アクセサリ類・イヤリング・ネックレス・指輪等
- 検査当日は簡易な服装にされて、貴重品もお持ちにならない様お願いいたします。  
エレキバン・使い捨てカイロ・入れ歯等の金属類・かつら・アイメイク用品(つけまつげ・アイライン・アイシャドウ等)は  
事前に外しておいてください。
- 次に該当する方は担当者に申し出てください。検査が出来ない場合があります。  
(1)今までに手術(特に頭部、頸部)を受けたことのある方。  
(2)現在、妊娠中もしくは妊娠の可能性のある方。  
(3)閉所恐怖症の方。

## 【CT検査を受けられる方へ】

- CT撮影時、腹部及び造影検査の時は絶食にてお願いいたします。
- 造影CT検査を受けられる方で、糖尿病のお薬を飲んでいる方は、放射線技師に一声おかけください。