

# CT/MRI検査依頼票

医療法人さくら さくら記念病院

御依頼医療機関名	医師名
代表電話番号	緊急連絡先
FAX番号（読影有の場合）	(状況により結果を電話にてご報告させていただきます。)

<b>検査日時</b> <b>年</b> <b>月</b> <b>日</b> <b>時</b> <b>分</b> <b>より</b>
--

患者様情報

フリガナ	性別    男・女  歳
氏名	
生年月日      M・T・S・H・R      年      月      日	
電話番号	

※検査項目部位に○で囲んで下さい

CT		MRI	単純（造影撮影は行っておりません）
頭部	ルーチン	頭部	ルーチン・MRA
頸部	ルーチン	頸部	ルーチン・MRA
胸部	肺野縦隔・大動脈	腹部	肝・胆・膵・腎・脾・MRCP
腹部	肝～腎・腎～骨盤腔・肝～骨盤腔・骨盤腔	骨盤腔	膀胱・子宮・卵巣・前立腺
脊椎	頸椎・胸椎・腰椎	脊椎	頸椎・胸椎・腰椎
上肢（右・左）	肩・上腕・肘・前腕・手関節・手	上肢（右・左）	肩・上腕・肘・前腕・手関節・手
下肢（右・左）	股関節・大腿・膝・下腿・足関節・足	下肢（右・左）	股関節・大腿・膝・下腿・足関節・足

<b>CT造影</b>	※既往、処方の記載をお願い致します
頭部	ルーチン
頸部	ルーチン
胸部	肺野縦隔・大動脈
腹部	肝～腎・腎～骨盤腔・肝～骨盤腔・骨盤腔
脊椎	頸椎・胸椎・腰椎
上肢（右・左）	肩・上腕・肘・前腕・手関節・手
下肢（右・左）	股関節・大腿・膝・下腿・足関節・足
既往	
処方	

※検査目的のご記入をお願い致します。

FAX送信後、原本は患者様にお渡し頂き、予約票を事前にご確認して頂く様にお伝え下さい。  
 検査当日、予約時間の20分前までに受付へお声掛けして頂く様にお伝え下さい。  
 当日の持ち物は予約票・検査依頼票・同意書（CT造影、MRIのみ）・保険証となります。  
 全症例読影させていただきます。

# CT検査予約票

様 検査日 月 日( ) 時 分

## 【 検査当日の飲食について 】

### 単純CT

- ( ) 腹部検査以外の方は特に飲食の制限はありません。
- ( ) 午前に 肝～腎 検査の方は朝食をとらないでください。
- ( ) 午後に 肝～腎 検査の方は昼食をとらないでください。
- ( ) 午前に 腎～骨盤腔、肝～骨盤腔、骨盤腔検査の方は朝食をとらず検査2時間前からトイレにいかないでください。
- ( ) 午後に 腎～骨盤腔、肝～骨盤腔、骨盤腔検査の方は昼食をとらず検査2時間前からトイレにいかないでください。

### 造影CT

- ( ) 午前に検査の方は朝食をとらないでください。
- ( ) 午後に検査の方は昼食をとらないでください。
- ( ) 午前に 腎～骨盤腔、肝～骨盤腔、骨盤腔検査の方は朝食をとらず検査2時間前からトイレにいかないでください。
- ( ) 午後に 腎～骨盤腔、肝～骨盤腔、骨盤腔検査の方は昼食をとらず検査2時間前からトイレにいかないでください。

水分制限はありません。

お薬やサプリメント等は医師の指示に従ってください。

## 【 検査当日の注意事項 】

予約時間の20分前までに受付にお越しください。

緊急の検査が入った場合お待ちいただくことがありますのでご了承ください。

以下に該当する方は申し出てください。

- ・妊娠中または妊娠の可能性のある方
- ・閉所恐怖症のある方
- ・造影剤を使用する場合、お薬や食べ物のアレルギー、ぜんそくのある方

