

# CT・MRI検査依頼票

( 埼玉 草加・川口 患者ID: )

患者情報

年 月 日生

男 ・ 女 才

様

## 検査予約日時

年 月 日 ( 曜日 )

午前 : 午後 時 分

紹介元医療機関名

依頼医師名

### 検査依頼施設

☐ 埼玉草加病院

☐ 埼玉川口クリニック

### ☐ CT 検査

- |                                     |                                |                              |
|-------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 頭部         | <input type="checkbox"/> 副鼻腔   | <input type="checkbox"/> 頸部  |
| <input type="checkbox"/> 胸部         | <input type="checkbox"/> 胸部～腹部 |                              |
| <input type="checkbox"/> 全腹部        | <input type="checkbox"/> 上腹部   | <input type="checkbox"/> 骨盤腔 |
| <input type="checkbox"/> 脊椎 ( )     |                                |                              |
| <input type="checkbox"/> 四肢 右・左 ( ) |                                |                              |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )    |                                |                              |

### ☐ MRI 検査

※埼玉草加病院のみ

- |                                                                 |                                   |                                 |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 頭部MRI                                  | <input type="checkbox"/> 頭部MRA    | <input type="checkbox"/> VSRAD  |
| <input type="checkbox"/> 頸部MRI                                  | <input type="checkbox"/> 頸部MRA    |                                 |
| <input type="checkbox"/> 頸椎                                     | <input type="checkbox"/> 胸椎       | <input type="checkbox"/> 腰椎     |
| <input type="checkbox"/> 腹部(肝臓・胆嚢・膵臓・腎臓)                        |                                   |                                 |
| <input type="checkbox"/> MRCP                                   |                                   |                                 |
| <input type="checkbox"/> 骨盤部                                    | <input type="checkbox"/> 股関節(右・左) | <input type="checkbox"/> 肩(右・左) |
| <input type="checkbox"/> 膝(右・左) <input type="checkbox"/> その他( ) |                                   |                                 |

#### 【臨床情報】

※発熱・感冒症状・下痢・嘔吐などの症状がある場合は  
ご来院前に、患者様またはご家族様から検査依頼施設  
へ直接ご連絡が必要である旨をお伝えください。

臨床診断名

依頼医師名

画像

☐ CD ・ ☐ フィルム

※ チェックのない場合は、各医療機関様との元々の取り  
決めに従います。

### MRI検査前チェック

#### 絶対禁忌

- |                |           |
|----------------|-----------|
| 1. 心臓ペースメーカー   | 【 有 ・ 無 】 |
| 2. 人工内耳        | 【 有 ・ 無 】 |
| 3. 上記以外の体内電子装置 | 【 有 ・ 無 】 |

#### 適応注意

- |                     |            |
|---------------------|------------|
| 1. 体内金属             | 【 有 ・ 無 】  |
| MRI対応               | 【 可 ・ 不明 】 |
| 2. 磁石式義歯・インプラント・矯正  | 【 有 ・ 無 】  |
| MRI対応               | 【 可 ・ 不明 】 |
| 3. 手術の既往症           | 【 有 ・ 無 】  |
| (術名: )              | MRI対応      |
| 4. 閉所恐怖症            | 【 有 ・ 無 】  |
| 5. 妊娠中・妊婦の可能性(女性のみ) | 【 有 ・ 無 】  |
| 6. 入れ墨              | 【 有 ・ 無 】  |
| 7. コンタクトレンズ         | 【 有 ・ 無 】  |
| 8. エクステ(髪・まつ毛)・かつら  | 【 有 ・ 無 】  |
| 9. ネイルアート           | 【 有 ・ 無 】  |

※ 当院の読影結果は一律にご郵送いたします。  
あらかじめご了承ください。

※ MRI検査は金属(コイル・ステントなど)を入れた手術日が  
3ヶ月以内の場合、検査をお受けできない場合があります。

| 電圧 kVP | 電流 mA | 時間 sec |
|--------|-------|--------|
|        |       |        |

| フィルム枚数 | CD枚数 | 撮影者 |
|--------|------|-----|
|        |      |     |

放射線課控

# CT・MRI検査依頼票

検査予約日時

年 月 日( 曜日)

(埼玉 草加・川口 患者ID: )

患者情報

年 月 日生

男・女 才

様

午前 : 午後 時 分

紹介元医療機関名

依頼医師名

検査依頼施設

☐ 埼玉草加病院

☐ 埼玉川口クリニック

## CT・MRI検査における共通の注意事項

●検査当日は、この予約票と依頼票(放射線課控・読影処理用)及び保険証をご持参の上

**20分前に受付窓口までお越しください。**

※発熱・風邪・下痢・嘔吐などの症状がある場合は、ご来院前に検査依頼施設へご連絡ください。

●妊娠中の方は検査を受けることができません。主治医にご相談ください。

●腹部検査を受ける方へ

\*検査の4時間前から飲食を控えてください。ただし、少量の水はとってかまいません。

\*検査時に尿が溜まった状態が望ましいので、来院されてからの排尿は避けてください。

●常用薬は少量の水でいつも通りに服用してください。

## MRI検査の注意事項

●MRI検査は埼玉草加病院のみでの検査です。埼玉川口クリニックでは実施していません。

●ペースメーカーを付けている方は検査を受けることができません。

●手術により体内に金属が埋め込まれている方は主治医にご相談ください。

\*金属の種類によって検査ができないことがあります。

●時計・入れ歯・補聴器など金属製のものは検査前に取り外していただきます。

●磁石を使用している入れ歯・インプラント等は破損の恐れがあります。必ず歯科医師に確認してください。

●過度の化粧(マスカラ・アイシャドー等)はお控えください。また、まつ毛のエクステは外してお越しください。

●金属素材使用の可能性があるネイルアート(ジェル・ミラー・マグネットネイル等)は検査前に除去してください。

●コンタクトレンズは取り外していただきますので保管容器をご準備していただくか、眼鏡でお越しください。

●磁気カード類(キャッシュカード等)はカードが破損しますので検査室に持ち込まないでください。

検査当日お越しになれない場合は、お早めに下記までご相談ください。

医療法人埼玉会 埼玉草加病院

埼玉県草加市松原1-7-22

TEL. 048-944-6111

医療法人埼玉会 埼玉川口クリニック

埼玉県川口市戸塚東3-3-18

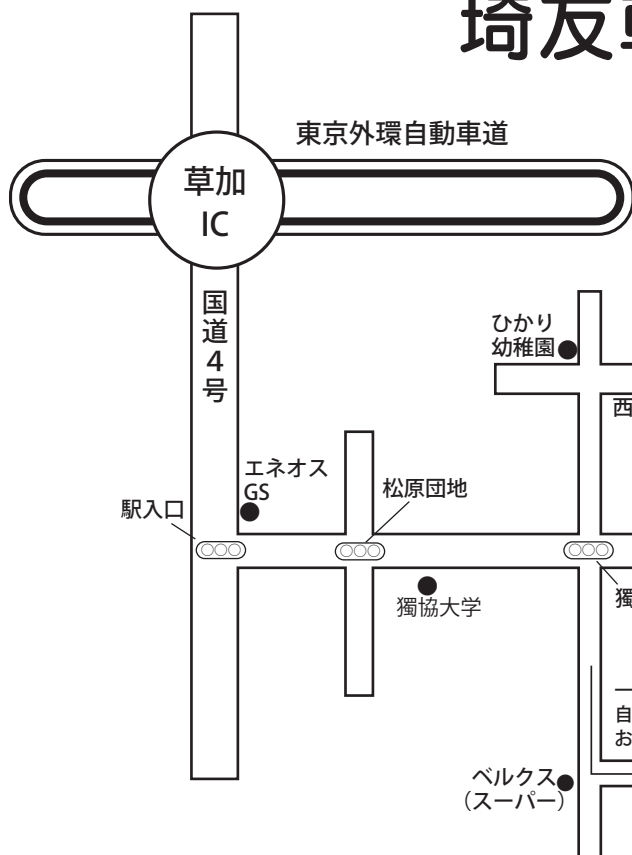
TEL. 048-291-1200

# 埼玉草加病院

埼玉県草加市松原 1-7-22

TEL.048-944-6111

URL <https://www.saiyusoka.jp/>



## ご案内地図

## 交通アクセス

### ◆公共交通機関のご利用

東武スカイツリーライン  
「獨協大学前（草加松原）」駅  
徒歩 2 分

### ◆お車のご利用

東京外環自動車道路  
草加インターから約 5 分

※駐車場は混雑が予想されますので公共交通機関のご利用をお願いします。

こちらは当院とは無関係の  
駐車場・駐輪場となります。  
割引処理等できませんので  
ご注意ください。

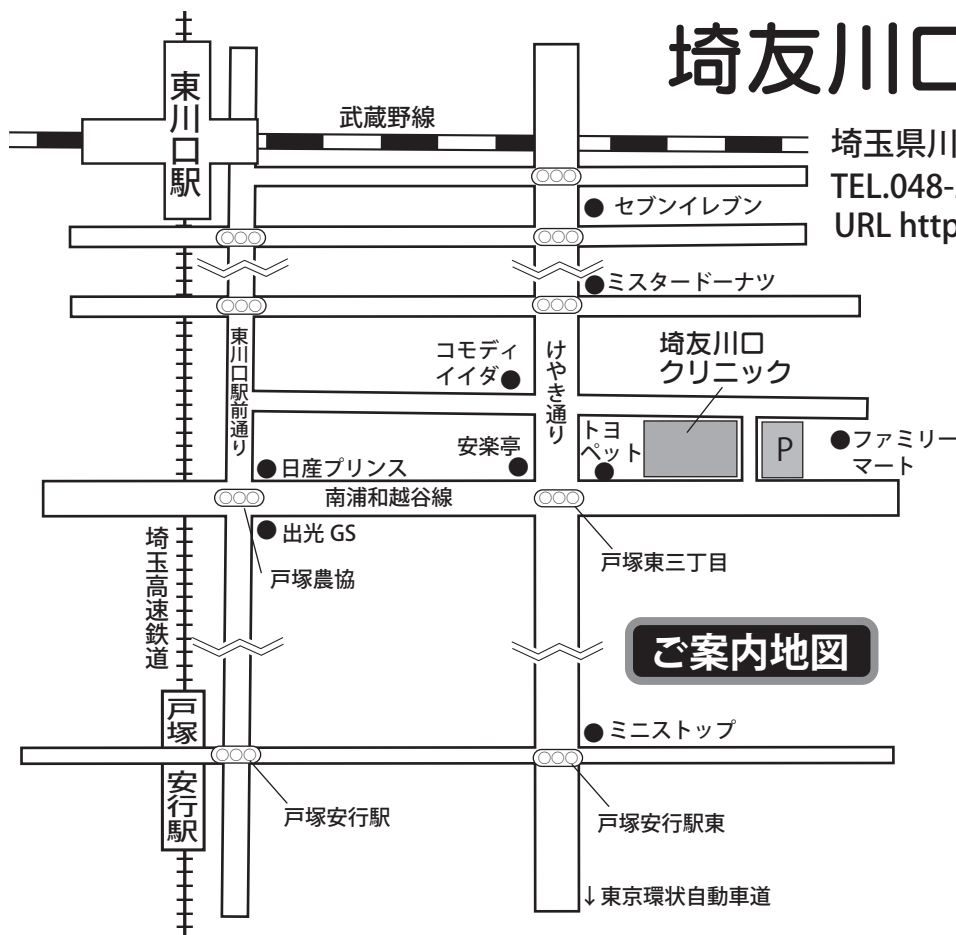
高架下  
埼玉草加病院  
第 2 駐車場

# 埼玉川口クリニック

埼玉県川口市戸塚東 3-3-18

TEL.048-291-1200

URL <http://www.saiyukai-kawaguchi.com/>



## ご案内地図

## 交通アクセス

### ◆公共交通機関のご利用

JR 武蔵野線  
「東川口」駅 徒歩 15 分  
埼玉高速鉄道  
「戸塚安行」駅 徒歩 15 分

### ◆お車のご利用

南浦和越谷線（川口市道幹線 50 号）  
戸塚東三丁目交差点そば

※駐車場は混雑が予想されますので公共交通機関のご利用をお願いします。