

# 放射線検査申込票

年 月 日

患者氏名

生年月日 年 月 日

紹介元医療機関名

電話

CT	
<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 単純+造影
<input type="checkbox"/> 脳	
<input type="checkbox"/> 眼窩、眼球	
<input type="checkbox"/> 中耳、側頭骨	
<input type="checkbox"/> その他頭部	
<input type="checkbox"/> 顔面	
<input type="checkbox"/> 鼻腔、副鼻腔	
<input type="checkbox"/> 咽頭、喉頭	
<input type="checkbox"/> 甲状腺	
<input type="checkbox"/> 頸胸部	
<input type="checkbox"/> 肺野、縦隔	
<input type="checkbox"/> 肝-腎	
<input type="checkbox"/> 膝	
<input type="checkbox"/> 腸骨-恥骨	
<input type="checkbox"/> 肺-肝	
<input type="checkbox"/> 肺(はい)-坐骨下	
<input type="checkbox"/> 肝(かん)-坐骨下	
<input type="checkbox"/> 胸腹部大動脈	
<input type="checkbox"/> 頸椎	
<input type="checkbox"/> 胸椎	
<input type="checkbox"/> 腰椎、仙椎	
<input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	
<input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	
<input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	
<input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	
<input type="checkbox"/> 手関節、手 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	
<input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両	
<input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	
<input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	
<input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	
<input type="checkbox"/> 足関節、足 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	

☆ CT・MRIともチェックは1ヶ所のみにしてください。

☆ 左右両方にチェックされた場合、2検査となります。

MRI	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 造影
<input type="checkbox"/> 脳		
<input type="checkbox"/> 下垂体		
<input type="checkbox"/> 眼窩、眼球		
<input type="checkbox"/> 内耳、側頭骨		
<input type="checkbox"/> 頭部MRI+MRA(動脈)		
<input type="checkbox"/> その他頭部		
<input type="checkbox"/> 咽喉頭		
<input type="checkbox"/> 鼻腔、副鼻腔		
<input type="checkbox"/> 唾液腺		
<input type="checkbox"/> 甲状腺、副甲状腺		
<input type="checkbox"/> 頸部MRA(動脈) 単純のみ		
<input type="checkbox"/> その他頸部		
<input type="checkbox"/> 肺		
<input type="checkbox"/> 縦隔		
<input type="checkbox"/> その他胸部		
<input type="checkbox"/> 肝		
<input type="checkbox"/> 胆嚢、胆管		
<input type="checkbox"/> 膝		
<input type="checkbox"/> 腎		
<input type="checkbox"/> 副腎		
<input type="checkbox"/> その他腹部		
<input type="checkbox"/> 子宮、卵巣		
<input type="checkbox"/> 前立腺、精巣		
<input type="checkbox"/> 膀胱		
<input type="checkbox"/> その他骨盤		
<input type="checkbox"/> 頸椎		
<input type="checkbox"/> 胸椎		
<input type="checkbox"/> 腰椎、仙椎		
<input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左		
<input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左		
<input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左		
<input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左		
<input type="checkbox"/> 手関節、手 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左		
<input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両		
<input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左		
<input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左		
<input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左		
<input type="checkbox"/> 足関節、足 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左		
<input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 下肢		

## MRIチェックリスト

禁忌項目: ありの場合検査不可  
ペースメーカー 有 無  
人工内耳 有 無

## 金属、その他

なし  
あり  
体内金属あるが、MRI検査歴あり

心臓人工弁('79年以前のもの)  
有 無

## 脳動脈瘤クリップ

チタン製 有 無  
チタン以外 有 無  
材質不明 有 無

動脈ステント(留置後4週以内)  
有 無

胆管ステント(留置後4週以内)  
有 無

その他金属 有 無

造影検査の場合、3か月以内の腎機能データが必要です。当院ではeGFRが45mL/min/1.73m<sup>2</sup>以下の場合は造影検査はできません。

eGFR \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日検査

胸部、腹部、下肢のMRAは造影検査です。単純ではこの領域のMRAはできません。

## 関西医科大学 香里病院

■ご不明な点がございましたら、地域医療連携部までお問い合わせ下さい。

[地域医療連携部] 電話 072-832-9977 FAX 072-832-9988