

検査依頼票

①

貴院カルテ番号

フリガナ

氏名

生年月日

性別

男・女

連絡先（日中連絡がとれる電話番号）

TEL

携帯・自宅・勤務先

検査依頼票（診療情報提供書）

医療法人明和会 たまき青空病院

②

紹介元医療機関名

（紹介元所在地）

電話番号

診療科

ご担当医師名

③ 検査予約日時

月 日 曜日 午前・午後 時 分

④ 検査区分

- X線CT（単純のみ） MRI（単純のみ） MRI（造影あり） 骨密度（DXA法）
 ↳ ⑤-Aへ ↳ ⑤-A, Bへ ↳ ⑤-A, B, Cへ ↳ ⑤-A, Dへ
 マンモグラフィ 超音波検査 ※造影CTが必要な場合はご相談ください。
 ↳ ⑤-A, Eへ ↳ ⑤-Fへ

④でチェックした検査区分に関して、⑤-A～Eの確認事項をご記入ください。

⑤-A 全ての検査

- ・妊娠もしくは妊娠の可能性 [有・無]
 ・心臓ペースメーカー [有・無]
 ※妊娠もしくは妊娠の可能性のある方はすべての検査において検査不可。

⑤-B MRI（単純のみ）検査

- ・人工内耳 [有・無]
 ・脳動脈クランプなどの体内クランプ [有・無]
 ・その他の体内金属 [有・無]
 ・過去にMRIを受けたこと [有・無]
 ※ペースメーカーを装着されている方はMRI検査不可。

⑤-C MRI（造影あり）

- ・気管支喘息 [有・無]
 ・アレルギー [有・無]
 [アレルギー:]
 ・腎障害 [有・無]
 ・クレアチニン値 (mg/dl)

⑤-D 骨密度検査（DXA法 腰椎+大腿骨）

- ・腰椎金属プレート [有・無]
 ・人工股関節 [右・左・両・無]
 ※腰椎金属プレート有、人工股関節有の方は撮影部位をご指定下さい。 [撮影部位:]

⑤-E マンモグラフィ検査

- ・豊胸術 [有・無]
 ※豊胸術を施術されている方は検査不可。

⑤-F 超音波検査

- ご希望の検査を○で囲んでください。
 乳腺 下肢血管 腹部 心臓
 甲状腺 頸動脈

⑥ 検査部位（CT・MRI）

CT	MRI	※検査依頼は1検査1部位でお願いします。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	頭部 ※MRIの場合…頸部MRA[<input type="checkbox"/> 要・ <input type="checkbox"/> 不要]
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	頸部
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	胸部
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	上腹部[肝・胆・膵・腎]
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	下腹部/骨盤腔(子宮・卵巣・膀胱・前立腺)
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	上腹部～骨盤腔
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MRCP(検査前4時間は完全絶飲食)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	脊椎[<input type="checkbox"/> C・ <input type="checkbox"/> Th・ <input type="checkbox"/> L・ <input type="checkbox"/> SC]
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	骨盤部(骨)/股関節
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	上肢[みぎ(部位)]
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[ひだり(部位)]
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	下肢[みぎ(部位)]
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[ひだり(部位)]

⑥ 疾患名又は臨床診断・検査の目的

診断名:

症状の経過（治療経過・及び検査結果）

診断制度向上の為、レントゲンフィルム（CT・MRI画像含む）の貸し出しにご協力をお願いいたします。

⑦ 放射線科医または専門医による読影所見（※読影結果送付までに1週間～10日程度かかる場合がございます）

- 要 不要

⑧ 画像の返送方法について（CD-R）

- 郵送希望 患者さんに持参して頂く

検査日当日のご注意

■ 予約日時について

- ① 記載された検査予約日時の **30分前** までにお越しください。
- ② 遅れる場合は当日でも来院の前にお電話にてご連絡ください。
- ③ 検査時間に遅れた場合、他の予約との兼ね合いで、当日の検査が出来なくなる場合がございます。

■ 検査の所要時間について

- ① ご来院受付から会計終了まで、1時間程度ですが、検査内容によりそれ以上かかる場合もありますので、予めご了承ください。
- ② 検査当日は、ご来院いただいてから、診察・検査の説明後に、撮影開始となります。

■ 検査を受けられる方へ

- ・ おなか（腹部）の検査や造影検査の方は検査4時間前より食事制限があります。
- ・ その他検査を受ける方は飲食の制限はありません。
- ・ MRCPを受けられる方は完全な絶飲食が必要となり、水分も摂取不可です。

■ 持ち物について

- ・ 保険証

■ 服装について

来院時の服装は自由ですが当院の検査時に更衣していただく場合がございます。

■ 検査料金（保険適用3割負担の場合）の目安について

MRI（非造影）	.....	6,000円 ~ 7,000円
MRI（造影）	.....	9,000円 ~ 10,000円
CT（非造影）	.....	5,000円 前後
骨密度（DEXA法）	.....	2,200円 前後
マンモグラフィ	.....	3,000円 前後
CD-R 1枚あたり	.....	100円（税別）

たまき青空病院



〒779-3125 徳島市国府町早淵字北カシヤ56番地1

TEL : 088-642-5507