

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

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> CT（単純のみ）
↳ ⑤/Aを記入 | <input type="checkbox"/> CT（造影あり）
↳ ⑤/A+Cを記入 | <input type="checkbox"/> MRI（単純のみ）
↳ ⑤/A+Bを記入 | <input type="checkbox"/> MRI（造影あり）
↳ ⑤/A+B+Cを記入 |
| <input type="checkbox"/> マンモグラフィ
↳ ⑤/A+Eを記入 | <input type="checkbox"/> 超音波検査
↳ ⑤/A+Fを記入 | <input type="checkbox"/> 骨密度（DXA法）
↳ ⑤/A+Dを記入 | |

④の検査区分でチェックした項目に沿って次項の 注意点 [⑤/A～F] をご確認の上ご記入ください。

⑤/A 注意点 [共通]

- ・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や心臓ペースメーカーを装着されている方は、検査によりお受けできない場合があります。
不明な場合はお問合せ下さい。

⑤/B 注意点 [MRI]

- ・閉所恐怖症 [有・無]
- ・人口内耳 [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]

※心臓ペースメーカーを装着された方はMRI検査不可です。
また、入れ墨（アートメイク）や体内に金属がある方、閉所恐怖症の方は検査できない場合があります。

⑤/C 注意点 [造影検査]

- ・過去に造影検査を受けた事 [有・無]
- ・気管支喘息 [有・無]
- ・アレルギー [有・無]

[アレルギー:]
・クレアチニン値 (mg/dl)
・eGFR値 (ml/min)

※eGFR値が60未満の方は原則禁忌とさせていただきます。

⑤/D 注意点 [骨密度(DXA法)]

- ・腰椎金属プレートの有無 [有・無]
- ・人工股関節の有無 [無・左・右・両]

※腰椎金属プレート有や、人工股関節の方は基本的に検査不可ですが、測定部位の組み合わせにより検査可能な場合があります。ご相談下さい。

⑤/E 注意点 [マンモグラフィ]

- ・豊胸術 [有・無]
- ・乳房切除手術歴 [有・無]

※豊胸術を施術されている方や心臓ペースメーカーを装着されている方につきましては検査の依頼はお受けできません。専門外来の受診をお勧めします。

⑤/F 注意点 [超音波検査]

ご希望の検査部位を○で囲んでください

乳腺 下肢血管 腹部 心臓
甲状腺 頸動脈
その他 []

⑥ 検査部位 (CT・MRI)

CT	MRI	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	頭部 ※MRIの場合…頸部MRA [□要・□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・腎臓]
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	腹部～骨盤腔
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	下腹部/骨盤腔 (子宮・卵巣・膀胱・前立腺)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MRCP
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DWIBS (広範囲拡散強調MR像)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	脊椎 [□頸椎・□胸椎・□腰椎・□全脊椎]
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	[整] 骨盤部(骨)/股関節
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	上肢 [みぎ(部位)]] [ひだり(部位)]]
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	下肢 [みぎ(部位)]] [ひだり(部位)]]
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他 []]
<input type="checkbox"/> CTアングิโอ (CTA) <input type="checkbox"/> MRアングิโอ (MRA) <input type="checkbox"/> [□頭部 □頸部 □胸部 □腹部 □上肢 □下肢]		

⑥ 疾患名又は臨床診断・検査の目的

診断名：

検査目的・症状（治療経過、および検査結果など）

診断精度向上の為、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 患者さんに手渡し

検査日当日のご注意

■ 予約日時について

- ① 検査依頼票に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 時間に遅れた場合は他の予約との兼ね合いにより予約当日の検査ができなくなる場合がございますので、予めご了承ください。

■ 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、検査内容等によりそれ以上かかる場合もございます。ご了承ください。
- ② ご来院いただいてから診察（問診）の後に、検査開始となります。

■ 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、検査依頼票、その他依頼元医療機関より当院宛に持参するよう依頼されたものがあればご持参ください。

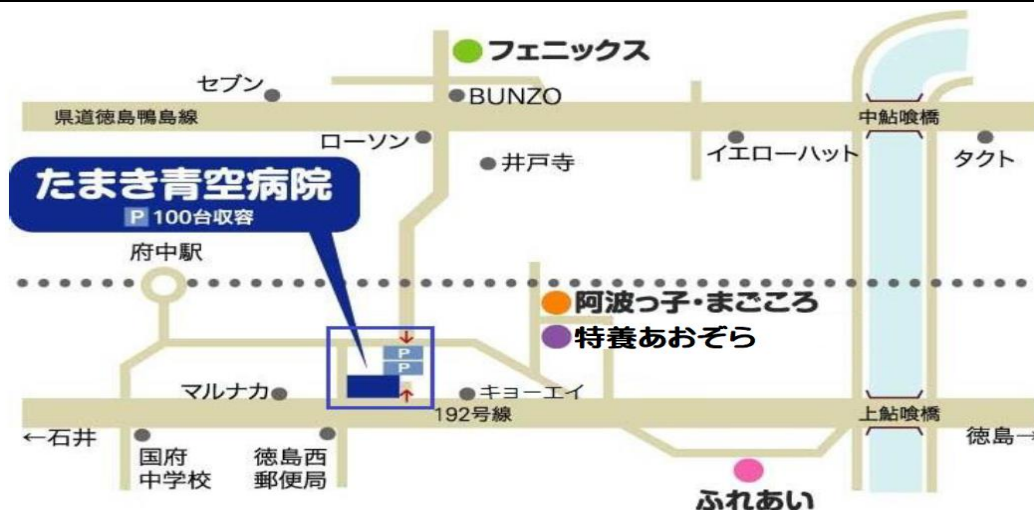
■ 服装について

- ・ 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

CT（単純）	.....	6,000円	程度
CT（造影）	.....	8,000円	程度
MRI（単純）	.....	7,000円	程度
MRI（造影）	.....	10,000円	程度
骨密度（DEXA法）	.....	2,500円	程度
マンモグラフィ	.....	3,000円	程度
超音波検査	.....	2,000~4,000円	程度
※ C D-R（1枚あたり）	.....	110円	（税込）

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