

予約 TEL 092-691-6213

診療時間

依頼票 FAX 092-691-6834

月～金 9:00～17:00  
土 9:00～12:00

※お手数ですが、【診療情報提供書】と共にFAXしてください

紹介元医療機関名

検査予約日時

原土井病院過去受診歴 (有・無)

貴院カルテ番号

フリガナ

氏名

生年月日

性別

年 月 日 才 男・女

連絡先 (日中連絡がとれる番号)

TEL (携帯・自宅・その他)

月 日 曜日 時 分

検査部位

検査区分

MR

CT

(お腹の検査は検査3時間前より食事制限。お水、お茶は可)

造影区分

無  有  一任

(有)(一任)の場合 Cr mg/dl eGFR

(3か月以内) 採血日 年 月 日

※腎機能データのコピーを診療情報提供書に添付お願いします。

## ●事前確認事項

読影結果 : 急ぎ (検査後1時間程) ・ 翌日

※以下の質問にて、【はい】が1つ以上ある場合は、ご来院いただいても検査ができないことがあります

※事前に電話にてご確認ください。(092-691-6213)

### ①MRI検査を受けるすべての方

1. 下記の体内金属がある方はMRIができません。該当するものはありますか？

(いいえ・はい)

心臓ペースメーカー、人工内耳・中耳、脳脊髄刺激電極、体内埋め込み式インスリンポンプ、磁石式の人工肛門、金属製義眼

2. 上記以外の体内金属はありますか？ ( )

(いいえ・はい)

※材質が100%チタンと判明しているものは検査可能

3. 刺青、タトゥーをしていますか？ (変色および火傷の可能性あります)

(いいえ・はい)

4. 閉所恐怖症ですか？

(いいえ・はい)

### ②CT検査を受けるすべての方

1. メドトロニック社製ペースメーカーを装着されていますか？

(いいえ・はい)

### ③造影剤区分が【有】【一任】の方

1. 腎臓の病気や腎臓障害がありますか？

(いいえ・はい)

2. 喘息と診断されたことがありますか？

(いいえ・はい)

3. 過去に造影検査で副作用を起こしたことがありますか？

(いいえ・はい)

主治医より検査の説明を受け、この検査に同意します。

平成 年 月 日 ご本人または、代理の方のご署名 (続柄 )

# 検査当日について

検査予約日時

月 日 曜日 時 分

## 持参するもの

**検査依頼票・同意書（本書） + 診療情報提供書<sup>※1</sup>（依頼元からのお手紙） + 保険証**

※1 造影剤使用または一任の場合は診療情報提供書と共に腎機能データのコピーを同封して下さい。  
（腎機能データない場合は、検査前に採血をする場合があります）

- 1.原土井病院 外来受付にて上記を提出し、受付を行います。（検査予約時間20分前にはお越しください）
- 2.当院医師による、検査前の診察があります。（検査の内容や当日の状況により時間がかかる場合があります）
- 3.検査室にて必要あれば検査着に着替えていただき、検査を行います。
- 4.検査終了後、画像を作成しますので、15分程度お待ちいただく場合があります。  
（造影剤を使用した場合は、検査終了後に再度診察があります）
- 5.外来受付にて会計を行います。

## 原土井病院案内図

