

※下記事項の回答に「はい」がある場合、画像検査のみのご予約はお受けできません。

問1) 年齢が15歳未満(中学生以下)である: はい いいえ

問2) 閉所恐怖症などに対する鎮静が必要である: はい いいえ

【MRI検査の場合】

問3) 体内に以下の電子機器がある: はい いいえ

心臓ペースメーカー・除細動器、脳深部刺激装置、迷走神経刺激装置、人工内耳、  
体内埋込式インスリンポンプ、磁石式人工肛門(導尿管)、センサー付きカテーテル など

回答がすべて「いいえ」の場合、以下の申込書を記入のうえ、FAXでお送りください。

## 画像診断治療センター検査予約申込票

TEL 096-384-2111(代) FAX 096-384-8816

検査希望日						
診療希望日	第1希望	:	令和	年	月	日 曜日
<input type="checkbox"/> あり	第2希望	:	令和	年	月	日 曜日
<input type="checkbox"/> なし	第3希望	:	令和	年	月	日 曜日

検査項目 (○で囲んで下さい)
1. CT (単純のみ・造影希望・一任) 検査部位:
2. MRI (単純のみ・造影希望・一任) 検査部位:
【CT・MRI造影希望・一任の場合】ビグアニド系糖尿病薬の服用: 有 ・ 無 ※有の場合、腎機能の確認が必要です。検査(eGFR)で正常な数値かご確認ください。 また、診療情報提供書へ検査結果の添付もお願いします。 ※造影剤の使用の危険性が高いと思われるときは当院の判断で中止いたします。
3. RI (骨・ガリウム・その他: )

※CT検査は14:30、MRI検査は13:55もしくは14:30です。他の時間での検査予約はできません。

※RI検査は、RI室の担当(診療放射線技師)から折り返しご連絡いたします。

紹介元医療機関	
貴病医院名	
ご紹介医師名	科 先生
ご担当者名	様 部署 ( ) 内線 ( )
ご連絡先	電話: FAX:

患者さん情報	
フリガナ	生年月日
ご氏名	男・女 M・T・S・H・R 年 月 日
ご住所	電話: ( ) -
当院の診察券をお持ちの方	登録番号: ( - - )