菅間記念病院ｵｰﾌﾟﾝｼｽﾃﾑ

画 像 検 査 依 頼 書

枠内に必要事項を記入して下さい ①ご予約はTEL62-3976 ②確認のためFAX62-6502 この依頼書は患者様に預けて下さい。検査のさいに菅間記念病院へ提出して下さい

患者情報 氏名　　様　男　女 生年月日　M　T　S　H　　年　　月　　日	依頼元医療機関
検査内容　⑤その他 ①MRＩ　②MRＡ　③ＣＴ　④エックス線撮影	
撮影部位 ①頸椎　②胸椎　③腰椎　④　肩　⑤　膝 ⑥頭部　⑦頸部　⑧胸部　⑨上腹部　⑩下腹部 その他指示	フィルム種類・枚数 画像記録用　半切　　枚 画像記録用　CD　　枚
撮影方向・具体的な指示 ① Axial ② Sagittal ③ Coronal	

実施者記入 技師サイン、撮影条件、点数等　撮影　　年　　月　　日　技師サイン

○ MR検査についての注意事項

MR検査は安全性の高い検査ですが、次の事項にご注意下さい。

☆ 検査の際には ヘアピン 時計 眼鏡 補聴器 入れ歯 貴金属等はすべて取り外しておいて下さい。

☆ 検査時間は、撮影の仕方によって１５分～６０分ほどかかる場合がありますので、トイレをすませてから、検査をお受け下さい。

☆ 心臓ペースメーカーをつけている方はMRの検査はできません。また、妊娠４ヶ月未満の方、人工関節など手術によって体内に金属が埋め込まれている方はMRの検査ができない事があります。

○ ＣＴ検査及びX線検査についての注意事項

☆妊娠している、又は 妊娠の可能性がある方は、必ず申し出てください。

○ 検査は予約制になっておりますので、ご都合で来られない方はお早めにご連絡下さい。

℡ 0287-62-3976　菅間記念病院 放射線科

※検査について ご不明な点・ご心配な事がございましたら 医師・放射線技師 にご相談下さい