

# 菅間記念病院ホームページ 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 T S H R 年 月 日		依頼元医療機関  フィルム種類・枚数 画像記録用 半切 枚 画像記録用 CD 枚
検査内容 <input type="checkbox"/> MR I <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> X線撮影 撮影部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 その他( ) インプラント用 CT <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎		
撮影方向・具体的な指示 <input type="checkbox"/> Axial <input type="checkbox"/> Sagittal <input type="checkbox"/> Coronal		

実施者記入 技師サイン、撮影条件 撮影 年 月 日 撮影技師

【CT、X線撮影】撮影条件 kV mA sec cm

## ○ MRI 検査についての注意事項

MRI 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MRI 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MRI 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 妊娠の可能性のある方は、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。

Tel 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 放射線科スタッフ にご相談下さい