

# CT・MRI 検査問診票

検査予定日	:	年	月	日	( 曜日 )	時	分
-------	---	---	---	---	--------	---	---

患者様氏名:	紹介元医療機関の所在地及び名称	ご担当医師名
身長 :	cm	
体重 :	kg	

■ CT・MRI 共通 必ず記入してください

病名・検査目的	《 ※造影剤使用の検査は受け付けておりません。 》
検査部位	
備考	※撮像断面（矢状断、冠状断）撮像法（MRA）等、具体的な要望があればご記入ください。

■ 下記事項のチェックをお願いします。 《この項目に該当する場合、当院では検査できません。》

MRI	心臓ペースメーカー	( 有・無 )	人工内耳・中耳	( 有・無 )
	頭蓋内クリップ・コイル	( 有・無 )	血管内ステント	( 有・無 )
	心臓人工弁	( 有・無 )	刺青・アートメイク	( 有・無 )
	妊娠初期・妊娠の可能性	( 有・無 )	脳内シャント	( 有・無 )
	入れ歯(磁石で固定するタイプ)	( 有・無 )		
	その他体内金属（応相談）【具体的に： _____】			
CT	心臓ペースメーカー（応相談）	( 有・無 )		
	妊娠もしくは妊娠の可能性	( 有・無 )		

# CT 検査予約票

(患者様用)

検査予定日： 年 月 日 ( 曜日) 時 分

患者様氏名： 男 ・ 女

生年月日： 年 月 日 歳

- 検査当日は健康保険証、CT検査予約票、CT検査問診票をご持参ください。  
( お持ちの方は当院の診察券もご持参ください。 )
- 検査予約時間の 20分前 までに外来初診受付までお越しください。
- 検査時間は10分程度です。仰向けに寝た状態で行います。
- 検査部位により検査着に着替えて頂く場合がありますのでご了承ください。
- 腹部 検査の場合は、検査前の食事制限がございます。  
午前の検査・・・朝食をとらないでください。(水、お茶は可)  
午後の検査・・・昼食をとらないでください。(水、お茶は可)
- 腹部 検査以外は検査前の処置は不要で、食事制限もございません。
- 検査終了後、お会計の際に本日の画像データをCD-ROMでお渡しします。  
ご依頼元の病院にお持ちください。
- 予約の変更、検査のキャンセル等は下記の電話番号へご連絡をお願いします。