

診療情報提供書(CT検査依頼書)

記入年月日 年 月 日

御依頼医療機関

医師名

TEL:

FAX:

予約先

医療法人 羔羊会 弥生病院

TEL 0532-48-2211

FAX 0532-48-7550

お手数ですがお電話でお申し込み頂き、この用紙をFAXしてください。

別紙の検査予約票に検査日時・時間をご記入の上患者さまにお渡しください。

検査日 年 月 日 曜日 午前・午後 時 分

患者 情報	ふりがな		性別	生年月日	身長	体重
	氏名		男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生(歳)	cm	kg

検査部位	☐ 脳 ☐ 副鼻腔 ☐ 眼窩 ☐ 頭蓋骨 ☐ 上顎骨 ☐ 下顎骨 ☐ その他(☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 仙骨・尾骨部 ☐ 胸部(肺野・縦隔) ☐ 右・左 肋骨 ☐ 腹部・骨盤部 ☐ 骨盤腔 ☐ 右・左 肩関節 ☐ 右・左 肘関節 ☐ 右・左 手関節 ☐ その他() ☐ 右・左 股関節 ☐ 右・左 膝関節 ☐ 右・左 足関節 ☐ その他() ☐ その他()
条件指定等	☐ 骨 ☐ 軟部組織 ☐ 骨と軟部組織(脳)
	☐ 3DCT ☐ MPR(AXIAL・SAGITTAL・CORONAL)
臨床診断名	
検査目的 及び 臨床情報	
読影依頼	☐ 必要 ☐ 不要
問 診	ペースメーカー ☐ なし ☐ あり ※依頼医師がご記入ください。 その他の体内金属 ☐ なし ☐ あり () 妊娠中・妊娠の可能性 ☐ なし ☐ あり

様

予約日時 年 月 日 曜日 午前・午後 時 分

予約時間の15分前までに中央受付にお越しください。

CT検査を受けられる方へ 注意とお願い

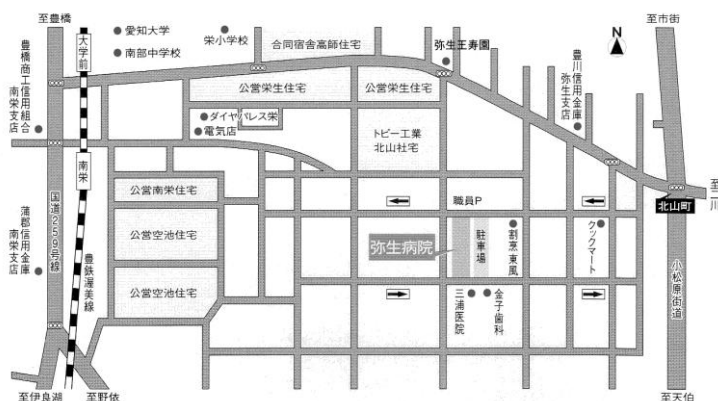
- 来院時にマイナ保険証または資格確認書、予約票(この用紙)をお持ちください。
 - 診療の都合で多少お待たせする場合がございますがご了承ください。
 - 遅れる場合は電話でお知らせください。(0532-48-2211)
 - 検査料金を支払い後、画像データが入ったCD-Rをお渡しします。
- ※受診の際には初診料及び検査料等がかかります。
-
- 読影依頼がある場合、報告書は後日紹介医へ郵送致します。
 - CT検査は、X線とコンピューターを使って身体内の断面を撮影する検査です。
 - 装置の寝台に仰向け(場合によってはうつ伏せ、横向き)に寝て検査を受けていただきます。
 - 検査時間は部位、目的によって異なりますが、約5分～15分です。
 - X線を照射するときに体が動くと、画像が乱れてしまいますので、動かないようにお願いします。
- また、撮影部位によっては指示に従って数秒間、息を止めていただきます。

検査を受けるのに注意が必要な方

- 植込み型心臓ペースメーカー、植込み型除細動器(ICD)を装着されている方
本体部分にX線を照射することは禁忌ですが、それ以外の部分は可能なので、主治医に必ずその旨をお伝えください。
- 妊娠もしくは妊娠の可能性のある方。
X線を用いるため、わずかですが放射線被曝があります。

CT検査に伴う放射線被曝について

- 検査の際には、目的とする部位以外に余分なX線が照射されないように撮影を行います。
- 必要最小限のX線量で病気を見つけ正しい診断が下せるように検査を行っていますので放射線による影響を心配されることはありません。安心して検査をお受けください。



お問い合わせ

(医)羔羊会 弥生病院

豊橋市弥生町字東豊和96

Tel 0532-48-2211

※お車で越しの方へ
病院周辺は住宅地のため道幅が狭く、
病院周囲の道路も一方通行となつて
おりますので、ご注意下さい。

診療情報提供書(MRI検査依頼書)

記入年月日 年 月 日

御依頼医療機関

医師名

TEL:

FAX:

予約先

医療法人 羔羊会 弥生病院

TEL 0532-48-2211

FAX 0532-48-7550

お手数ですがお電話でお申し込み頂き、この用紙をFAXしてください。

別紙の検査予約票に検査日時・時間をご記入の上患者さまにお渡しください。

検査日 年 月 日 曜日 午前・午後 時 分

患者情報	ふりがな		性別	生年月日	体重
	氏名		男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生(歳)	kg

検査部位	☐ 頭部 ☐ 頭部MRA ☐ 頸部MRA ☐ 眼窩 ☐ 副鼻腔 ☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 仙骨・尾骨部 ☐ 右・左 肩関節 ☐ 右・左 肘関節 ☐ 右・左 手関節 ☐ 右・左 股関節 ☐ 右・左 膝関節 ☐ 右・左 足関節 ☐ 四肢・その他() ☐ 腹部(肝・胆・膵・腎) ☐ 骨盤腔 ☐ その他()
条件指定等	
臨床診断名	
検査目的 及び 臨床情報	
読影依頼	☐ 必要 ☐ 不要
問 診	ペースメーカー ☐ なし ☐ あり ※依頼医師がご記入ください。 脳動脈瘤クリップ ☐ なし ☐ あり 脳室腹腔シャント ☐ なし ☐ あり 人工内耳 ☐ なし ☐ あり その他の体内金属 ☐ なし ☐ あり() 妊娠中・妊娠の可能性 ☐ なし ☐ あり 閉所恐怖症 ☐ なし ☐ あり 刺青・アートメイク ☐ なし ☐ あり 手術既往 ☐ なし ☐ あり(手術名)

MRI検査予約票

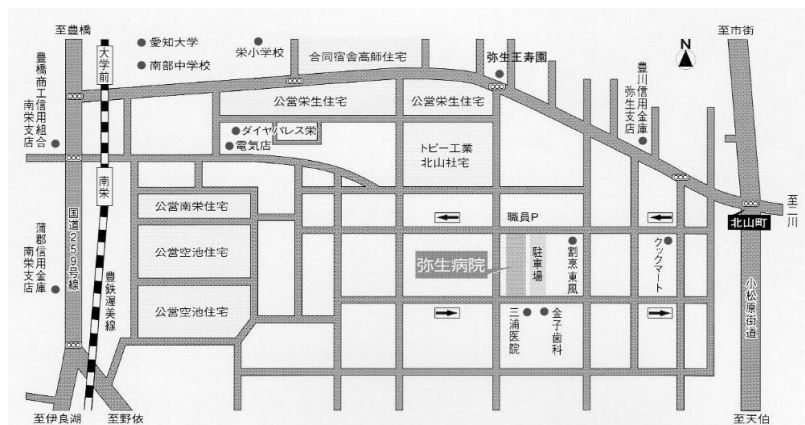
様

予約日時 年 月 日 曜日 午前・午後 時 分

予約時間の15分前までに中央受付にお越しください。

MRI検査を受けられる方へ 注意とお願い

- 来院時にマイナ保険証または資格確認書、予約票(この用紙)をお持ちください。
- 診療の都合で多少お待たせする場合がございますがご了承ください。
- 遅れる場合は電話でお知らせください。(0532-48-2211)
- MRI検査は磁場を利用して体内の情報を画像化する検査です。
- 検査時間は部位、目的によって異なりますが、約20分～40分です。
- 検査室内は強力な磁場が発生しているため、次の物を装着している方は検査できません。
ペースメーカー、人工内耳、脳室腹腔シャント(可変式バルブ)、埋め込み式除細動器など。
- 検査室内は強力な磁場が発生しているため、次の物は検査前に必ず取り外してください。
義歯、時計、メガネ、ヘアピン、ネックレス、イヤリング、ピアス、金属の付いた下着、鍵、ヘアピースなど
- 保温下着(ヒートテック等)で低温火傷をする場合がありますので、着用はお控えください。
- 化粧品には金属成分が入っていることがありますので、アイシャドウ、マスカラ等は落としてください。
- 紙幣、キャッシュカード、時計、携帯電話、補聴器等は破損しますので、MRI検査室に持ち込まないでください。
- 検査料金を支払い後、画像データが入ったCD-Rをお渡しします。
※受診の際には初診料及び検査料等がかかります。
- 読影依頼がある場合、報告書は後日紹介医へ郵送致します。



お問い合わせ

(医) 羔羊会 弥生病院
豊橋市弥生町字東豊和96
Tel 0532-48-2211

※お車で越しの方へ
病院周辺は住宅地のため道幅が狭く、
病院周囲の道路も一方通行となつて
おりますので、ご注意下さい。