

検査依頼票（診療情報提供書）

①くずは画像診断クリニック用

フリガナ
氏名

T・S・H 年 月 日（ 歳）男・女

連絡先（日中連絡のとれる電話番号）

— —

付帯情報

体重 kg

予約日時

月 日（ ） 時 分



医療法人 福命会

くずは

画像診断クリニック

TEL.072-868-8882

FAX.072-868-8832

依頼元医療機関名

TEL.

FAX.

ご担当医師

貴院次回診療日

月 日（ ） 時 分 / 未定

紹介目的

検査

脳神経外来

乳腺外来

呼吸器外来

検査装置

MRI CT

●画像の提供方法 CD・Film（貴院に検査所見と共に、郵送・配達いたします。）

必ずご記入ください（出来るだけ詳細をお願いします）

臨床診断

検査目的

手術経験

検査部位（該当する項目1つに○印をご記入ください。）

（頭 部） 脳+脳血管（ VSRAD ※50歳以上の方対象）
眼窩・副鼻腔・聴器・口腔・下垂体

（頸 部） 頸部血管・甲状腺・食道・咽頭喉頭

（脊 椎） 頸椎・胸椎・腰椎・仙尾椎・胸腰椎・全脊椎

（四 肢） 左/右 手指骨・手根骨・手・手関節・前腕
肘関節・上腕・肩関節

左/右 足指骨・足根骨・足・足関節・下腿
膝関節・大腿・股関節

（胸 部） 肺・乳房・胸骨肋骨鎖骨・胸部大血管

（腹 部） 肝胆脾腎・肝臓・腎臓副腎・腹部大血管（ MRCP）

（骨盤部） 子宮卵巣・前立腺・精巣・臀部・腸骨坐骨恥骨

（下肢血管） 下肢動脈・下肢静脈

（その他）（)



●造影剤の必要性

なし あり 検査医師に一任

造影検査歴：あり・なし

造影後の副作用歴：あり・なし

造影剤の過敏症：あり・なし

喘息：あり・なし

アレルギー（)

感染症（)

重篤な肝障害：あり・なし

腎障害：あり・なし

透析：あり・なし

糖尿病：あり・なし

※ピグアナイド系糖尿病薬を服用中の場合は、
造影CT検査ができませんので、ご注意下さい。

血清クレアチニン： mg/dl

※未施行の場合には、当院で検査させて頂くことが
あります。

●心臓ペースメーカー：なし・あり

●人工内耳：なし・あり

●刺 青：なし・あり

●体内金属物：なし・あり

（)

●パニック障害・閉所恐怖症：なし・あり

●妊娠の可能性：なし・あり

検査依頼票（診療情報提供書）

②貴院控

フリガナ
氏名

T・S・H 年 月 日（ 歳）男・女

連絡先（日中連絡のとれる電話番号）

— —

付帯情報

体重 kg

予約日時

月 日（ ） 時 分



医療法人 福命会

くずは

画像診断クリニック

TEL.072-868-8882

FAX.072-868-8832

依頼元医療機関名

TEL.

FAX.

ご担当医師

貴院次回診療日

月 日（ ） 時 分 / 未定

紹介目的 検査 脳神経外来 乳腺外来 呼吸器外来

検査装置 MRI CT

●画像の提供方法 CD・Film（貴院に検査所見と共に、郵送・配達いたします。）

必ずご記入ください（出来るだけ詳細をお願いします）

臨床診断

検査目的

手術経験

検査部位（該当する項目1つに○印をご記入ください。）

（頭 部） 脳+脳血管（ VSRAD ※50歳以上の方対象）
眼窩・副鼻腔・聴器・口腔・下垂体

（頸 部） 頸部血管・甲状腺・食道・咽頭喉頭

（脊 椎） 頸椎・胸椎・腰椎・仙尾椎・胸腰椎・全脊椎

（四 肢） 左/右 手指骨・手根骨・手・手関節・前腕
肘関節・上腕・肩関節
左/右 足指骨・足根骨・足・足関節・下腿
膝関節・大腿・股関節

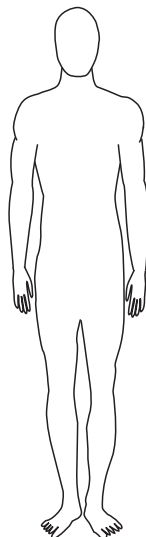
（胸 部） 肺・乳房・胸骨肋骨鎖骨・胸部大血管

（腹 部） 肝胆脾腎・肝臓・腎臓副腎・腹部大血管（ MRCP）

（骨盤部） 子宮卵巣・前立腺・精巣・臀部・腸骨坐骨恥骨

（下肢血管） 下肢動脈・下肢静脈

（その他）（)



●造影剤の必要性

なし あり 検査医師に一任

造影検査歴：あり・なし
造影後の副作用歴：あり・なし
造影剤の過敏症：あり・なし
喘 息：あり・なし

アレルギー（)

感染症（)

重篤な肝障害：あり・なし

腎障害：あり・なし

透 析：あり・なし

糖尿病：あり・なし

※ピグアナイド系糖尿病薬を服用中の場合は、
造影CT検査ができませんので、ご注意下さい。

血清クレアチニン： mg/dl

※未施行の場合には、当院で検査させて頂くことが
あります。

●心臓ペースメーカー：なし・あり

●人工内耳：なし・あり

●刺 青：なし・あり

●体内金属物：なし・あり
()

●パニック障害・閉所恐怖症：なし・あり

●妊娠の可能性：なし・あり

検査予約票

③患者様用

フリガナ
氏名

T・S・H 年 月 日(歳) 男・女

連絡先(日中連絡のとれる電話番号)

— —

付帯情報

体重 kg

予約日時

月 日() 時 分



医療法人 福命会

くずは
画像診断クリニック

TEL.072-868-8882

FAX.072-868-8832

依頼元医療機関名

TEL.

FAX.

ご担当医師

貴院次回診療日

月 日() 時 分 / 未定

紹介目的 検査 脳神経外来 乳腺外来 呼吸器外来

検査装置 MRI CT

●造影剤の必要性

なし あり 検査医師に一任

予約時刻の15分前にはご来院頂きますよう、お願い申し上げます。

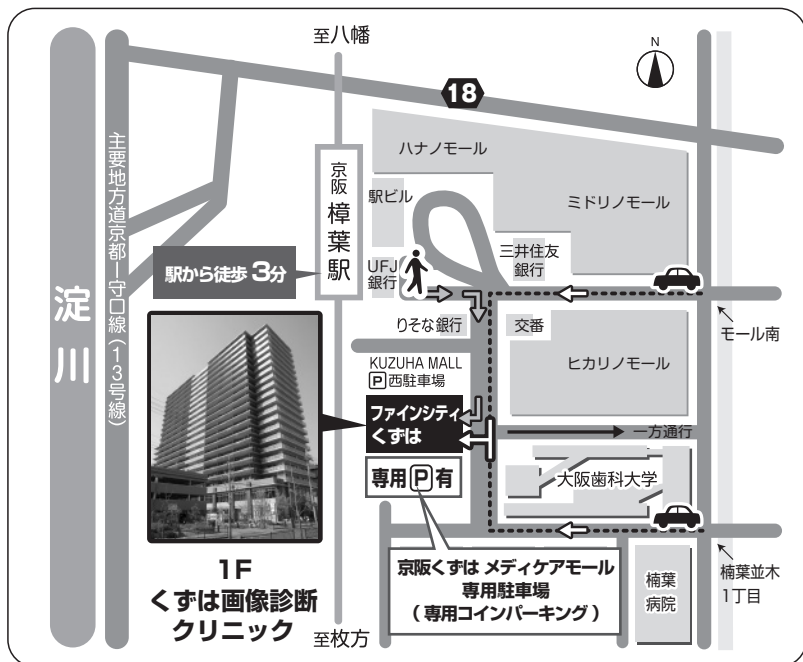
※診察の状況や緊急検査等により、予約時間を過ぎる場合もございます。ご了承下さい。

当日ご持参いただくもの

健康保険証 診療情報提供書 お薬手帳

検査前の注意事項
食事・お薬など

- 医師から処方された薬は、特別指示がある場合を除いて、ご服用頂いても問題ありません。
- 腹部の検査を受診される場合は検査の4時間前から絶飲食をお願いします。
- 一任・造影検査で、腹部以外の検査を受診される場合は検査の4時間前から絶食をお願いします。お茶・お水であればお飲みいただいて問題ございません。
- 骨盤部MRI(子宮・卵巣)の検査の場合は、月経開始直前直後はお避けいただくことをお勧めいたします。
- 検査の内容により、検査前に採血を行うことがあります。



医療法人 福命会

くずは
画像診断クリニック

京阪くずはメディケアモール

〒573-1121

枚方市楠葉花園町11-3

ファインシティくずは1F

TEL.072-868-8882

FAX.072-868-8832

裏面もよくお読みになり、
お越し下さい。

MRI検査の注意点

MRI検査では、強い磁石と電波を使います。通常、人体には無害であることが確認されていますが、日常では経験しない強い磁石を使いますので、次の事項に注意して下さい。

- 心臓ペースメーカーや刺激電極等を身に着けている方は、MRI検査は受診できません。
- 体内に人工関節等の金属が埋め込まれている方は、金属の影響により正常な検査画像が得られない場合があります。以前に外科的手術を受けられた方・その可能性がある方は、事前に担当医およびスタッフまでお申し出ください。
- 金属及び磁気は検査の妨げになるため、次の物は取り除いていただく必要があります。
〔ヘアピン、アクセサリー類、化粧(マスカラ・アイシャドーなど)、メガネ、かつら、鍼治療の針、カイロ、ブラジャー、スリッパ、エレキバン、湿布、入れ歯、義手、義足、補聴器、携帯電話、時計、磁気カード〕
※インプラントや歯列矯正など、取り外せないものは、そのまま結構です。
- 妊娠中またはその可能性のある方は、胎児に対する影響で未解明な点がありますので、MRI検査は受診できません。
- 機能性肌着(ヒートテック等)を着用している場合は、着替えが必要になります。
- 検査時間は20分～40分程度です。
- 検査中は狭いところに入り、大きな音がします。狭い場所が苦手な方・閉所恐怖症の方は事前にお申し出ください。
- 検査費用は、およそ2,500円～15,000円程度です。(健康保険の負担割合により変動します。)

CT検査の注意点

- エックス線を当てて検査しますので、妊娠中またはその可能性のある方は、受診できません。
- 検査時間は、15分～30分程度です。
- 検査費用は、およそ2,000円～15,000円程度です。(健康保険の負担割合により変動します。)
※検査結果につきましては、紹介元施設の主治医の先生からの説明となります。

同意書(造影・造影一任検査時)

【造影検査で使用するお薬について】

- 静脈から注射するお薬です。
- 造影検査で使用するお薬は安全なものですが、喘息や服用中のお薬、アレルギーなどでお薬が使えない場合もあります。また、患者様の体調や体質によって副作用(発疹やかゆみなどのアレルギー症状)が出現することもまれにありますので、医師がお薬の使用が可能かどうかを判断し、本人様からの承諾を得たうえで実施しています。

【検査の注意事項】

- 腎臓の機能を調べるために、検査前に採血をさせていただくことがあります。
- 検査後は、普段どおりの生活をしていただいて構いません。
- 造影剤は主に尿として排泄されますので、検査終了後は水分を多めに摂取して造影剤の排泄を促してください。

(受診される方は上記の検査説明をお読みになって以下にご署名願います)

検査実施につき同意します。

年 月 日 署名

○ご不明な点・ご質問がございましたら、お気軽に当クリニックまでお問い合わせください。