

# 放射線検査申込票

年 月 日

患者氏名

生年月日 年 月 日

紹介元医療機関名

電話

CT		<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 造影
<input type="checkbox"/>	脳		
<input type="checkbox"/>	眼窩、眼球		
<input type="checkbox"/>	中耳、側頭骨		
<input type="checkbox"/>	その他頭部		
<input type="checkbox"/>	顔面		
<input type="checkbox"/>	鼻腔、副鼻腔		
<input type="checkbox"/>	咽頭、喉頭		
<input type="checkbox"/>	甲状腺		
<input type="checkbox"/>	頸胸部		
<input type="checkbox"/>	肺野、縦隔		
<input type="checkbox"/>	肝-腎		
<input type="checkbox"/>	膝		
<input type="checkbox"/>	腸骨-坐骨下		
<input type="checkbox"/>	肺-肝		
<input type="checkbox"/>	肺-坐骨下		
<input type="checkbox"/>	肝-坐骨下		
<input type="checkbox"/>	胸腹部大動脈		
<input type="checkbox"/>	頸椎		
<input type="checkbox"/>	胸椎		
<input type="checkbox"/>	腰椎、仙椎		
<input type="checkbox"/>	肩関節	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	
<input type="checkbox"/>	上腕	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	
<input type="checkbox"/>	肘関節	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	
<input type="checkbox"/>	前腕	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	
<input type="checkbox"/>	手関節、手	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	
<input type="checkbox"/>	股関節	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両	
<input type="checkbox"/>	大腿	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	
<input type="checkbox"/>	膝関節	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	
<input type="checkbox"/>	下腿	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	
<input type="checkbox"/>	足関節、足	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	

MRI		<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 造影
<input type="checkbox"/>	脳		
<input type="checkbox"/>	下垂体		
<input type="checkbox"/>	眼窩、眼球		
<input type="checkbox"/>	内耳、側頭骨		
<input type="checkbox"/>	頭部MRI+MRA(動脈)		
<input type="checkbox"/>	その他頭部		
<input type="checkbox"/>	咽喉頭		
<input type="checkbox"/>	鼻腔、副鼻腔		
<input type="checkbox"/>	唾液腺		
<input type="checkbox"/>	甲状腺、副甲状腺		
<input type="checkbox"/>	頸部MRA(動脈)	<input type="checkbox"/> 単純のみ	
<input type="checkbox"/>	その他頸部		
<input type="checkbox"/>	肺		
<input type="checkbox"/>	縦隔		
<input type="checkbox"/>	その他胸部		
<input type="checkbox"/>	肝		
<input type="checkbox"/>	胆嚢、胆管		
<input type="checkbox"/>	膝		
<input type="checkbox"/>	腎		
<input type="checkbox"/>	副腎		
<input type="checkbox"/>	その他腹部		
<input type="checkbox"/>	子宮、卵巣		
<input type="checkbox"/>	前立腺、精巣		
<input type="checkbox"/>	膀胱		
<input type="checkbox"/>	その他骨盤		
<input type="checkbox"/>	頸椎		
<input type="checkbox"/>	胸椎		
<input type="checkbox"/>	腰椎、仙椎		
<input type="checkbox"/>	肩関節	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	
<input type="checkbox"/>	上腕	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	
<input type="checkbox"/>	肘関節	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	
<input type="checkbox"/>	前腕	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	
<input type="checkbox"/>	手関節、手	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	
<input type="checkbox"/>	股関節	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両	
<input type="checkbox"/>	大腿	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	
<input type="checkbox"/>	膝関節	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	
<input type="checkbox"/>	下腿	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	
<input type="checkbox"/>	足関節、足	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	
<input type="checkbox"/>	MRA	<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 下肢	

## MRIチェックリスト

禁忌項目: ありの場合検査不可

ペースメーカー  有  無

人工内耳  有  無

## 金属、その他

なし

あり

体内金属あるが、MRI検査歴あり

心臓人工弁('79年以前のもの)

有  無

## 脳動脈瘤クリップ

チタン製  有  無

チタン以外  有  無

材質不明  有  無

動脈ステント(留置後4週以内)

有  無

胆管ステント(留置後4週以内)

有  無

その他金属

有  無

造影検査の場合、関西医大の検査担当医(放射線科)の判断で単純の撮影を行わない場合があります。

胸部、腹部、下肢のMRAは造影検査です。単純ではこの領域のMRAはできません。

☆ CT・MRIともチェックは1ヶ所のみにしてください。

☆ 左右両方にチェックされた場合、2検査となります。

## 関西医科大学 香里病院

■ご不明な点がございましたら、地域医療連携部までお問い合わせ下さい。

[地域医療連携部] 電話 072-832-9977 FAX 072-832-9988