

DXA 骨密度・単純 CT・単純 MRI 検査申込書

依頼日： 年 月 日

紹介元情報	医療機関名	TEL： FAX：
	所在地	
	ご連絡先	

※貴院様指定の「診療情報提供書」の添付をお願い致します。

患者情報	フリガナ	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	ご連絡先	送迎希望	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 当院送迎希望

予約日時	年 月 日 () 時 分
------	---------------

依頼項目	<input type="checkbox"/> DXA 骨密度	腰椎や股関節の手術歴（固定術、人工関節など） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	<input type="checkbox"/> 単純 CT	撮影部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 上肢 () <input type="checkbox"/> 胸腹部 <input type="checkbox"/> 胸腰椎移行部 <input type="checkbox"/> 下肢 () <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 骨盤腔 () <input type="checkbox"/> 骨盤 ()
	<input type="checkbox"/> 単純 MRI	撮影部位 <input type="checkbox"/> 頭部 (MRA 含む) <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 頭部+頸部 MRA <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 上肢 () <input type="checkbox"/> 頭部+VSRAD <input type="checkbox"/> 胸腰椎移行部 <input type="checkbox"/> 下肢 () <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 骨盤腔 () <input type="checkbox"/> 骨盤 ()

CT・MRI 共通確認事項（注意：禁忌にひとつでも該当事項があれば検査できません。）

禁忌	ペースメーカー、埋込型除細動器(ICD)	なし・あり	読影所見	<input type="checkbox"/> 通常(翌日午前中) ※17時以降
禁忌	妊娠あるいは妊娠している可能性	なし・あり	(17時迄の撮影)	<input type="checkbox"/> 至急(2時間以内) 至急は翌朝9時

MRI 確認事項（注意：禁忌にひとつでも該当事項があれば検査できません。）

禁忌	可変圧式バルブシャット(脳室・腹腔)、人工内耳、神経刺激装置などの体内電子装置	なし・あり	
禁忌	眼球内金属片、磁石を利用した義眼・義歯、事故等による体内金属片の混入	なし・あり	
脳動脈瘤クリップ、人工心臓弁、ステント、コイル、整形外科インプラント、避妊リング、その他の体内金属		なし・あり	
閉所恐怖症や長時間の静止が困難	なし・あり	入れ墨(アトメク、外ウー)	なし・あり
補聴器	なし・あり	カラーコンタクトレンズ	なし・あり

MRI検査の準備、注意点

- 眼鏡、腕時計、ヘアピン、アクセサリ等の貴金属類、補聴器、入れ歯、湿布、カイロ、ピップエレキバン、ノルスパンテープ、ニトロダーム、かつら、ウィッグ等は外してください。財布、磁気カードは持ち込めません。
- アイシャドウ、マスカラ、ラメ等の金属を含んでいる可能性がある化粧はしないでください。
- 金属が付いている衣服や防寒下着(ヒートテック等)は撮影部位に関係なく検査衣に着替えていただきます。
- 検査前日から検査終了まで鉄剤や鉄サプリメントの服用は避けてください。

医療法人高遼会 高遼会病院

〒547-0044 大阪府大阪市平野区平野本町4丁目15-6 TEL. 06-6791-0928 FAX. 06-6793-1308