＜担当医様用＞
年　　月　　日作成

MRI CT 検査依頼票

医療機関名
所在地
御担当医
ＴＥＬ

紹介先医療機関
広島市立リハビリテーション病院

検査日時	年　月　日　午前・午後　時　分
フリガナ 患者氏名	様　男・女
生年月日	Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ　年　月　日
ＴＥＬ	

◆撮像部位

□頭部CT　□頭部MRI、MRA
□頸椎MRI　□胸椎MRI　□腰椎MRI
□その他（　　）

◆造影

□なし　□あり

※「あり」の場合、同意書要

◆画像提供方法

□フィルム　□DVD

◆撮像方法

特に希望される撮像があればご記入ください　記入のない場合は、当院のルーチンで撮像いたします

◆臨床診断、検査目的

MRI検査依頼時チェック項目

✔ ペースメーカー	□なし	□あり
✔人工内耳	□なし	□あり
✔神経刺激装置	□なし	□あり
✔脳動脈瘤クリップ	□なし	□あり
✔その他の体内金属	□なし	□あり
✔（女性の方）妊娠	□なし	□あり

上記の「あり」に一つでもチェックがある場合
原則、検査はできません。

✔金属加工作業の経験	□なし	□あり
✔手術歴	□なし	□あり

手術内容（　　）

造影検査依頼時チェック項目

✔造影剤使用歴（CT、MRI、その他）	□なし	□あり
✔気管支喘息	□なし	□あり
✔アレルギー体質	□なし	□あり
✔腎障害	□なし	□あり
血清クレアチニン値　　mg/dl		
✔糖尿病	□なし	□あり
✔心障害	□なし	□あり
✔重篤な甲状腺機能亢進症	□なし	□あり
✔肝障害	□なし	□あり
✔（女性の方）妊娠または授乳中	□なし	□あり
✔その他の疾患	□なし	□あり

（　　）

放射線科予約受付　TEL(FAX) 082－849－2853