

## ①診療情報提供書 (CT・MRI) (依頼医師控え)

### (お申込みの方法)

1. 放射線室に電話して検査日時をご予約下さい。
2. 必要事項をご記入のうえ、1枚目の①のみをFAXにて送信して下さい。
3. ②を封書にして③を患者様のご案内用として一緒にお渡し下さい。

社会医療法人いち樹会 尾中病院

TEL 0836-39-5546 (放射線室)

FAX 0836-21-9406

### 紹介患者情報

予約日時	年 月 日 (午前・午後)	時	分	受付
フリガナ 氏名	男・女			
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日 ( ) 歳
住所				
連絡先	自宅 ( )	携帯 ( )		

### 紹介機関

医療機関名	
電話番号	( ) —
担当医師	科

### 依頼内容

検査の種類	<input type="checkbox"/> 単純 CT	<input type="checkbox"/> 造影 CT	<input type="checkbox"/> MRI
病名 (疑い)			
撮影部位、検査目的	頭部 ( ) ・ 頸部 ( ) ・ 胸部 ( ) 腹部 (肝・胆・膵・腎・MRCP)、骨盤、頸椎・胸椎・胸腰椎移行部・腰椎・仙椎 上肢・下肢、関節 [肩・膝・肘・股・他 ( )] (左・右) 大血管 ( )、その他 ( )		
紹介患者さんへの確認事項 (赤線は造影CTの患者さんのみ) ◇ 来院方法 独歩・車椅子・その他 ( ) ◇ 妊娠している可能性 有・無 ◇ 認知症 有・無 ◇ 糖尿病薬内服 有 (名称 ) ・無 ◇ 腎疾患、人工透析の有無 有・無 ◇ 薬剤アレルギー 有 (名称 ) ・無 ◇ ぜんそく 有・無		MRI 検査の確認事項 身長 ( cm) 体重 ( kg) ◇ 心臓ペースメーカー、体内除細動器、人工内耳、人工義眼、 圧可変式バルブシャント (脳室シャントなど)、脊髄刺激 装置等の体内埋込み型装置 有・無 ◇ 体内金属・歯科金属 有 ( ) ・無 ◇ 閉所恐怖症 有・無 ◇ 刺青、タトゥーアート、カラーコンタクト 有・無 ◇ 安静状態の保持 (30分程度) 可・不可	

注) 歯科用金属、体内金属が有の方はできるだけ詳細に記入してください。

妊娠している可能性が有の方はCT、MRI 両方とも検査が受けられません。

## ②診療情報提供書 (CT・MRI) (尾中病院控え)

### (お申込みの方法)

1. 放射線室に電話して検査日時をご予約下さい。
2. 必要事項をご記入のうえ、1枚目の①のみをFAXにて送信して下さい。
3. ②を封書にして③を患者様のご案内用として一緒にお渡し下さい。

社会医療法人いち樹会 尾中病院

TEL 0836-39-5546 (放射線室)

FAX 0836-21-9406

### 紹介患者情報

予約日時	年 月 日 (午前・午後) 時 分 受付
フリガナ 氏名	男・女
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 ( ) 歳
住所	
連絡先	自宅 ( ) 携帯 ( )

### 紹介機関

医療機関名	
電話番号	( ) —
担当医師	科

### 依頼内容

検査の種類	<input type="checkbox"/> 単純 CT	<input type="checkbox"/> 造影 CT	<input type="checkbox"/> MRI
病名 (疑い)			
撮影部位、検査目的	頭部 ( ) ・ 頸部 ( ) ・ 胸部 ( ) 腹部 (肝・胆・膵・腎・MRCP)、骨盤、頸椎・胸椎・胸腰椎移行部・腰椎・仙椎 上肢・下肢、関節 [肩・膝・肘・股・他 ( )] (左・右) 大血管 ( )、その他 ( )		
紹介患者さんへの確認事項 (赤線は造影CTの患者さんのみ) ◇ 来院方法 独歩・車椅子・その他 ( ) ◇ 妊娠している可能性 有・無 ◇ 認知症 有・無 ◇ 糖尿病薬内服 有 (名称 ) ・無 ◇ 腎疾患、人工透析の有無 有・無 ◇ 薬剤アレルギー 有 (名称 ) ・無 ◇ ぜんそく 有・無		MRI 検査の確認事項 身長 ( cm) 体重 ( kg) ◇ 心臓ペースメーカー、体内除細動器、人工内耳、人工義眼、 圧可変式バルブシャント (脳室シャントなど)、脊髄刺激 装置等の体内埋込み型装置 有・無 ◇ 体内金属・歯科金属 有 ( ) ・無 ◇ 閉所恐怖症 有・無 ◇ 刺青、タトゥーアート、カラーコンタクト 有・無 ◇ 安静状態の保持 (30分程度) 可・不可	

注) 歯科用金属、体内金属が有の方はできるだけ詳細に記入してください。

妊娠している可能性が有の方はCT、MRI 両方とも検査が受けられません。

## ③CT・MRI 検査申込み票 (患者様用)

予約日時	年 月 日 (午前・午後)	時	分	受付
フリガナ 氏名	男・女			
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日 ( ) 歳
住所				
連絡先	自宅 ( ) 携帯 ( )			

検査予約の変更、キャンセルやご質問などがございましたら、放射線室までご連絡ください。

社会医療法人いち樹会 尾中病院 放射線室

受付：放射線室窓口 TEL 0836 39 5546 FAX 0836 21 9406

(受付時間：月～金 9：00～17：00、土 9：00～12：00)

または病院医事課 0836 39 2055 (上記時間外)

- ① 予約時間15分前までに、病院受付へお越しください。
- ② 検査日にご持参いただくもの：健康保険証、本申込み票、主治医からお預かりした場合はCT等の検査データ。
- ③ 検査時間の変更や検査予約の取り消しは検査前日の昼(12：00)までに、また検査に遅れる場合は早めにご連絡ください。
- ④ 検査費用の日安は、保険対応(3割負担)でCT(造影なし)約6,000円、CT(造影あり)約10,000円～15,000円、MRIは約10,000円です(多少の増減はあります)。
- ⑤ このCT・MRI検査申込み票に記載されている個人情報、CT・MRI検査以外には使用いたしません。

### 〈アクセス〉

- ・JR琴芝駅より  
徒歩6分
- ・宇部市役所前  
バス停より  
徒歩8分



## CT検査及びMRI検査を受けられる方へ

1. CTまたはMRI造影検査が予定されている方で、気管支喘息やアレルギーをお持ちの方、以前に同様の検査で気分が悪くなられたご経験のある方は事前にお申し出下さい。

### 2. CT検査を受けられる方へ

1) 検査時間は5～15分です（部位によって異なります）。

#### 2) 造影CT検査及び腹部CT検査を受けられる方の注意事項

①検査予約時間の4時間前まではお食事をとらないで下さい。お茶などの水分はとって頂いてかまいません。

内服薬は医師の指示がない限り通常通り服用頂いて結構です。

3) その他の部位のCT検査を受けられる方。

①食事の制限はありません。内服薬も通常通り服用して頂いて結構です。

4) 妊娠中の方は原則として検査は行いません。

5) 検査部位によっては検査着に着替えたり、ヘアピンやイヤリング、ピアス、入れ歯等はずして頂く場合があります。

6) ペースメーカー、体内自動除細動器を持っている方は、検査を受けられない事がありますので、事前に主治医にご相談下さい。

### 3. MRI検査を受けられる方へ

1) 検査時間は約30分から1時間程度です（部位によって異なります）。

#### 2) 造影MRI及び腹部MRI検査を受けられる方の注意事項

①検査予約時間の4時間以内にはお食事をとらないで下さい。お茶などの水分はとって頂いてかまいません。但し、腹部MRI検査の場合は、水分もとらないで下さい。

内服薬は医師の指示がない限り通常通り服用して頂いて結構です。

3) その他のMRI検査を受けられる方。

①食事の制限はありません。内服薬も通常通り服用頂いて結構です。

4) 下記の場合、**MRI検査は受けられません**

①ペースメーカー、体内自動除細動器、骨成長刺激装置、体内神経刺激装置、人工内耳、注入ポンプ、電気的および機械的に作動する体内埋込み機器を持つ方。

②MRI検査のできる確認がとれない血管クリップ（頭蓋内動脈瘤クリップ等）を持つ方。

③磁性体金属が体内にある方、体外金属がはずれない方。

④刺青のある方、妊娠の可能性のある方・妊娠中の方、高度の閉所恐怖症のある方。

アートメイクのある方はお問い合わせ下さい。

5) 次に該当するものは更衣室備え付けロッカーに入れるか、もしくは付添いの方に預けて下さい。

ロッカーは、必ず鍵をかけて担当職員または技師に預けて下さい。また盗難・故障等については一切の責任を負いかねますので、貴重品・装身具は出来る限り持参しないで下さい。

①磁気カード（クレジットカード、キャッシュカード、定期券、診察カード等）

②健康器具（磁気バンド、磁気ネックレス、エレキバン、カイロ、湿布薬、万歩計、その他）

③装身具（ネックレス、ヘアピン、ブレスレット、指輪、ピアス、ベルト、かつら等）

④金属類（時計、携帯電話、眼鏡、補聴器、小銭、鍵、ライター、クリップ、電卓、その他）

6) 下着には金属が無いものを着用下さい。

ヒートテックなどの発熱素材を使用した衣類はお避け下さい。

7) **化粧品（マスカラ・アイラインなど）は、やけどをきたす可能性がありますので落として下さい。**

8) 発熱による角膜や眼球への障害の可能性のある為、コンタクトレンズを使用しての検査はできません。事前にケースなどコンタクトレンズを外す準備をお願いします。

9) 狭心症の症状を改善する貼り薬（ニトロダーム）、禁煙補助剤などの経皮吸収剤を使用しての検査は火傷を引き起こす恐れがあるため検査はできません。

10) 人工心臓弁・冠動脈ステント・義眼・義足・義手を装着されておられる方、歯科磁気インプラント、人工骨等の金属類を体内に埋め込んでいる方、人工肛門をされておられる方、肝臓・腎臓に障害のある方、甲状腺機能亢進症がある方はスタッフ（医師・看護師・技師）に申し出て下さい。

4. 糖尿病の方は検査の食事制限により血糖値に影響があります。主治医にご相談下さい。

**その他、わからない事があればご遠慮なくスタッフにお尋ね下さい**