

放射線検査依頼箋（兼 診療情報提供書）

〒923-8551 石川県小松市八幡イ12番地7 特定医療法人社団勝木会 やわたメディカルセンター 放射線課予約窓口 TEL・FAX：0761-47-7511	住所	〒	—	年	月	日
	医療機関名					
	医師名					
	連絡先	(	)	—		

検査予定日	西暦	年	月	日	曜日	時	分
フリガナ							
患者様氏名	様	男・女	大正 昭和 平成 令和	年	月	日	( 歳)
患者様住所	〒 —						
患者様連絡先							
疾病名							
検査目的							
備考							

ご依頼検査（該当する検査に○をつけてください）

<p>■ X線CT（造影：有・無）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 頭部</li> <li>・ 頸部</li> <li>・ 胸部</li> <li>・ 腹部</li> <li>・ 骨盤腔</li> <li>・ デンタル</li> <li>・ その他（ ）</li> </ul>	<p>■ MRI（造影：有・無）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 頭部： routine ・ Angio ・ VSRAD</li> <li>・ 頸部Angio</li> <li>・ 脊椎： 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎</li> <li>・ 四肢： 肩 ・ 膝 ・ その他（ ） [ 左・右 ]</li> <li>・ 腹部： 肝 ・ EOB ・ 胆 ・ 膵 ・ MRCP</li> <li>・ 骨盤腔</li> <li>・ その他（ ）</li> </ul>	<p>■ RI（核医学検査）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 脳血流（ECD・IMP）</li> <li>・ ダットスキャン</li> <li>・ 心筋（ ）</li> <li>・ 骨</li> <li>・ ガリウムスキャン</li> <li>・ その他（ ）</li> </ul>
<p>■ MRIの禁忌事項確認</p> <p>ペースメーカー・人工内耳・植込み型除細動器：無</p> <p>その他体内金属がある場合はMRI可能かご確認ください。体内金属：有・無（ ）</p>		<p>入れ墨・眉墨・アートメイク：有・無</p> <p>※有りの場合はリスクの説明を行い患者様の同意を得てください。</p>
<p>■ 造影検査の場合は</p> <p>クレアチニン値（ ） ※1.3以上の場合は造影不可</p> <p>ビグアナイド系糖尿病薬（CTの場合）：有・無</p> <p>→有の場合（ ～ ） 休薬</p> <p>※造影検査は5時間前から絶食になります。</p>		<p>造影検査の経験：有・無</p> <p>アレルギー：有・無</p> <p>喘息：有・無</p> <p>ヨード禁：有・無</p>

[予約要領]

電話にて検査予約をお願いします。予約が決定しましたら、1枚目をFAXし封筒に入れてください。

同封筒と3枚目（検査予約票）を患者様にお渡しください。

※2枚目は控えとして貴院カルテに貼付ください。

放射線検査依頼箋（兼 診療情報提供書）

西暦 年 月 日

〒923-8551 石川県小松市八幡イ12番地7 特定医療法人社団勝木会 やわたメディカルセンター 放射線課予約窓口 TEL・FAX：0761-47-7511	住所	〒	—
	医療機関名		
	医師名		
	連絡先	( )	—

検査予定日	西暦	年	月	日	曜日	時	分
フリガナ							
患者様氏名	様	男・女	大正 昭和 平成 令和	年	月	日	( 歳)
患者様住所	〒 —						
患者様連絡先							
疾病名							
検査目的							
備考							

ご依頼検査（該当する検査に○をつけてください）

<p>■ X線CT（造影：有・無）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 頭部</li> <li>・ 頸部</li> <li>・ 胸部</li> <li>・ 腹部</li> <li>・ 骨盤腔</li> <li>・ デンタル</li> <li>・ その他 ( )</li> </ul>	<p>■ MRI（造影：有・無）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 頭部： routine ・ Angio ・ VSRAD</li> <li>・ 頸部Angio</li> <li>・ 脊椎： 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎</li> <li>・ 四肢： 肩 ・ 膝 ・ その他 ( ) [ 左・右 ]</li> <li>・ 腹部： 肝 ・ EOB ・ 胆 ・ 膵 ・ MRCP</li> <li>・ 骨盤腔</li> <li>・ その他 ( )</li> </ul>	<p>■ RI（核医学検査）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 脳血流 (ECD・IMP)</li> <li>・ ダクトスキャン</li> <li>・ 心筋 ( )</li> <li>・ 骨</li> <li>・ ガリウムスキャン</li> <li>・ その他 ( )</li> </ul>
<p>■ MRIの禁忌事項確認</p> <p>ペースメーカー・人工内耳・植込み型除細動器：無</p> <p>その他体内金属がある場合はMRI可能かご確認ください。体内金属：有・無 ( )</p>		<p>入れ墨・眉墨・アートメイク：有・無</p> <p>※有りの場合はリスクの説明を行い患者様の同意を得てください。</p>
<p>■ 造影検査の場合は</p> <p>クレアチニン値 ( ) ※1.3以上の場合は造影不可</p> <p>ビグアナイド系糖尿病薬（CTの場合）：有 ・ 無</p> <p>→有の場合 ( ~ ) 休薬</p> <p>※造影検査は5時間前から絶食になります。</p>		<p>造影検査の経験：有・無</p> <p>アレルギー：有・無</p> <p>喘息：有・無</p> <p>ヨード禁：有・無</p>

[予約要領]

電話にて検査予約をお願いします。予約が決定しましたら、1枚目をFAXし封筒に入れてください。

同封筒と3枚目（検査予約票）を患者様にお渡しください。

※2枚目は控えとして貴院カルテに貼付ください。

## 放射線検査予約票

西暦 年 月 日

〒923-8551 石川県小松市八幡イ12番地7 特定医療法人社団勝木会 やわたメディカルセンター 放射線課予約窓口 TEL・FAX：0761-47-7511	住所	〒	—
	医療機関名		
	医師名		
	連絡先	( )	—

検査予定日	西暦	年	月	日	曜日	時	分
フリガナ							
患者様氏名	様	男・女				年	月 日 ( 歳)
患者様住所	〒	—					
患者様連絡先							

ご依頼検査（該当する検査に○をつけてください）

<b>■ X線CT（造影：有・無）</b> ・頭部 ・頸部 ・胸部 ・腹部 ・骨盤腔 ・デンタル ・その他（ ）	<b>■ MRI（造影：有・無）</b> ・頭部： routine ・ Angio ・ VSRAD ・頸部Angio ・脊椎： 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ・四肢： 肩 ・ 膝 ・ その他（ ） [ 左・右 ] ・腹部： 肝 ・ EOB ・ 胆 ・ 膵 ・ MRCP ・骨盤腔 ・その他（ ）	<b>■ RI（核医学検査）</b> ・脳血流（ECD・IMP） ・ダットスキャン ・心筋（ ） ・骨 ・ガリウムスキャン ・その他（ ）
<b>■ MRIの禁忌事項確認</b> ペースメーカー・人工内耳・植込み型除細動器：無 その他体内金属がある場合はMRI可能かご確認ください。体内金属：有・無（ ）		<b>入れ墨・眉墨・アートメイク：有・無</b> ※有りの場合はリスクの説明を行い患者様の同意を得てください。
<b>■ 造影検査の場合は</b> クレアチニン値（ ） ※1.3以上の場合は造影不可 ビグアナイド系糖尿病薬（CTの場合）：有・無 →有の場合（ ～ ） 休薬 ※造影検査は5時間前から絶食になります。		<b>造影検査の経験：有・無</b> <b>アレルギー：有・無</b> <b>喘息：有・無</b> <b>ヨード禁：有・無</b>

当日は検査予約時間の20分前までに、やわたメディカルセンター1階総合受付までお越しください。

## 【持ち物】

①本予約票

②主治医からの封筒（紹介状在中）

③健康保険証またはマイナンバーカード

都合により予約日を変更または取り消しされる場合は、お早めに放射線課までご連絡ください。