□CT　□MRI　□RI　□骨密度　検査依頼書  
　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　横須賀市立総合医療センター

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | 男  女 | 生年月日 |
| 患者氏名 | | 西暦　　　　 　 年　　 　月　　 　日  （ 　 　　歳） |
| 検査年月日 | 西暦　　　　年　　　月　　　日 | 時間 |  |
| 依頼施設名 |  | 医師名 |  |
| 検査結果 | CD‐R・　所見のみ　・フィルム | 身長/体重 | cm kg |

|  |  |
| --- | --- |
| **CT**（部位・方法に〇をつけてください）  〇部位：頭部　・　頚部　・　副鼻腔　・胸部  　　　　腹部　・　骨盤　　・　胸部～骨盤腔  　　　　脊椎（　頚椎　・　胸椎　・　腰椎　）  　上肢（　　　　）・　下肢（　　　　）  　その他（　　　　　　　　　　　　　）  〇方法：　単純　・　造影  〇依頼コメント  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | **MRI**〇装置：　1.5T　・　3T　・　希望なし  **※部位によっては装置を変更させていただく場合もございます。**  〇部位：頭部　・　MRA　・　VSRAD  　　　　頚部　・　胸部　・　腹部　・　骨盤  　　　　脊椎（　頚椎　・　胸椎　・　腰椎　）  　上肢（　　　　）・　下肢（　　　　）  その他（　　　　　　　　　　　　　）  〇方法：　　単純　・　造影  〇依頼コメント  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  〇安全点検項目（**必ず記載してください**）  ・心臓ペースメーカ　　　（ 有　・　無 ）  ・体内金属　　　　　　　（ 有　・　無 ）  ・人口内耳・義眼　　　　（ 有　・　無 ）  ・埋め込み型刺激装置　　（ 有　・　無 ）  ・刺青、アートメイク、ジェルネイル  （ 有　・　無 ）  ・妊娠の可能性　　　　　（ 有　・　無 ） |
| **骨密度**  〇腰椎・股関節に金属　　　　（ 有　・　無 ）  〇依頼コメント  （ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **RI**（検査名に〇をつけてください）  〇検査名：脳血流シンチ（ECD・IMP・希望なし）  MIBG ・ DaT Scan  　　　　 骨シンチ　・　ガリウムシンチ  　　　　 甲状腺シンチ　・　唾液腺シンチ  　 その他（　　　　　　　　　　　）  〇依頼コメント  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  **※RI製剤準備の都合上、キャンセルは2営業日前までにご連絡ください。** | **造影検査**の場合は記載してください  ・腎機能：Cr.（　　　 mg/dl）採血日（　　/　　）  **※3か月以内の値を記載し、採血データをお送りください。**  **CTはCr1.0以上の場合は補液を行います。**  **MRIはeGFR30未満の場合は禁忌です。**  ・気管支喘息　　　　　　　 （ 有　・　無 ）  ・造影剤アレルギー　　　　 （ 有　・　無 ）  ・ビグアナイド系糖尿病薬内服（ 有　・　無 ）  **※CTの場合、検査前後2日間休薬が必要です。**  ・甲状腺疾患（バセドウ病） （ 有　・　無 ）  **※上記の問診で有がある場合は単純検査に**  **変更していただく場合がございます。** |

更新日：2025/5/15 Ver.2.0