



医療法人社団 博栄会

## 赤羽中央総合病院

# CT・MRI・マンモグラフィー・骨密度 診療情報提供書

 ご予約TEL 03-3902-2666 (放射線科直通)

 依頼票FAX 03-3902-2666

 診療時間      月～金 9:00～16:30  
土 9:00～12:30

### ～ご予約の流れ～

放射線科直通電話にご予約していただきます。ご予約後、下記の必要書類をFAXしていただくようお願い致します。

単純CT・マンモグラフィー・骨密度検査・・・①診療情報提供書のみ
単純MRI検査・・・①+②MRI検査問診・同意書
造影CT検査・・・①+③CT・MRI造影剤問診・同意書
造影MRI検査・・・①+②+③CT・MRI造影剤問診・同意書

### ～検査結果の報告について～

- ・検査日を含む、当院通常診療日4日以内での発送です。
- ・画像データCDと読影報告書の同封になります。

予約時間

月 日 時 分

※事務手続き等ございますので予約時間の30分前に来院してください。

食事制限

腹部（MRI・CT）/骨盤MRIの方・・・検査4時間前より食事はお控えください。（水分は一時間前まで可）  
その他の検査を受ける方・・・飲食の制限はありません。

※骨盤検査の方は来院時間の1時間前に排尿を済ませ、それ以降は控えてください。頻尿の方は排尿しても構いません。  
※腹部MRI検査・骨盤MRI検査を受けられる方は、前日より鉄サプリメントを服用されないよう、お願いします。

検査当日

1 検査当日は、予約時間の30分前に、一階総合受付へお越しください。

当日ご持参いただくもの

- 診療情報提供書
- 保険証
- 赤羽中央総合病院の診察券をお持ちの方

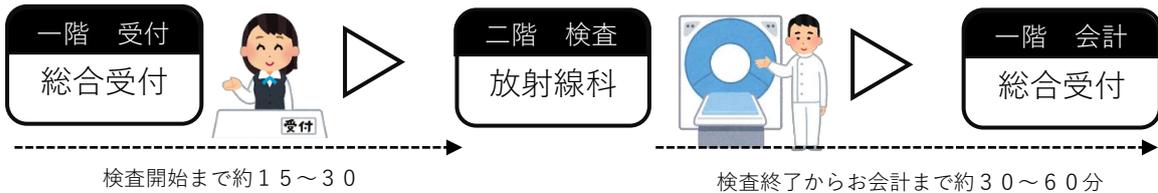
※来院時間に遅れそうな場合は必ずお電話下さい。

他の検査との兼ね合いで検査開始時間が遅くなったり、予約当日に検査が出来ない場合がございます。

電話 03-3902-2666

2 総合受付後、二階の放射線科受付へお越しください。検査後は、一階総合受付にて会計していただきます。

※検査内容や当日の状況により、所要時間が前後する場合がございます。



検査結果

検査結果は、ご依頼施設様に通常、一週間程度でお届けします。後日、依頼施設様を受診し、結果説明をお聞きください。（祝日を含む場合は遅れる可能性もございます）

赤羽中央総合病院 ご案内図

東京都北区志茂1-19-14 TEL/FAX 03-3902-2666



●JR「赤羽駅」より徒歩8分

●東京メトロ南北線「志茂駅」より徒歩7分

# ① 診療情報提供書

TEL・FAX03-3902-2666(直通)

**① 患者様情報**

貴院カルテ番号

フリガナ

氏名

生年月日 性別 男・女

**② 紹介元医療機関名・所在地・電話番号**

ご担当医師名

**③ 来院予約日時** 予約時刻30分前に来院してください

20 年 月 日 時 分

**④ 検査をする機器**

CT MRI X線マンモグラフィ 骨密度(DEXA)

身長 \_\_\_\_\_cm  
体重 \_\_\_\_\_kg

**⑤ 検査禁忌事項** 有の方は検査できません。

CT MMG	・妊娠または妊娠の可能性	(無・有)	MRI	<b>別紙、②MRI検査問診・同意書もご記入ください</b>
	・心臓ペースメーカー	(無・有)		
	・体内埋め込み型除細動器	(無・有)		
	・【マンモのみ】豊胸(脂肪注入も含む)	(無・有)		
			DEXA	・腰椎 大腿骨金属インプラント (無・有) ※金属の無い部位のみ撮影します

**⑥ 造影の有無**

無 有

**別紙、③造影剤問診・同意書もご記入ください**

**⑦ 検査部位** チェックは一部位のみでお願いします

<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭部VSRAD(MRI)	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> Th8-L5腰椎
<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 肩関節 (□みぎ・□ひだり)
<input type="checkbox"/> 上腹部 【 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 膵臓 <input type="checkbox"/> 胆嚢 <input type="checkbox"/> 腎臓】	<input type="checkbox"/> 手関節 (□みぎ・□ひだり)
<input type="checkbox"/> 骨盤 【 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣】	<input type="checkbox"/> 股関節 (□みぎ・□ひだり)
<input type="checkbox"/> 全腹部(CTのみ可)	<input type="checkbox"/> 膝関節 (□みぎ・□ひだり)
※MRI上腹・骨盤部は臓器まで指定してください。	<input type="checkbox"/> その他【 _____ 】

**⑧ 疾患名または臨床診断・検査目的**

傷病名

\_\_\_\_\_

**⑨ 画像・レポートについて** 下欄にチェックが無い場合は、通常通り後日配達になります

画像CDのみ患者様持ち帰り(レポート後日郵送) 後日配達





# ③CT・MRI 造影剤問診・同意書

スキャン対象

1.以前に造影剤を用いた画像検査で副作用やアレルギーはありましたか？	いいえ ・ はい
------------------------------------	----------

軽度以上の蕁麻疹・そう痒・紅斑悪心・嘔吐・血管迷走神経反応など禁忌となります。

2.気管支喘息はありますか？	いいえ ・ はい
----------------	----------

“はい”の場合は禁忌となります。

3.腎障害はありますか？	いいえ ・ はい
--------------	----------

急性腎不全・透析患者様は造影 MRI 禁忌となります。

eGFR 値 ( ) mL/min/1.73 m<sup>2</sup> 45 以下は禁忌

4.甲状腺・副甲状腺疾患はありますか？ (CTのみ問診必要)	いいえ ・ はい
--------------------------------	----------

“はい”の場合は禁忌となります。

5.ビッグナイト系糖尿病用剤を服用していますか？ (CTのみ問診必要)	いいえ ・ 服用中止
-------------------------------------	------------

造影前後48時間は、担当医判断のもと、服用の中止指示をしてください。

6.女性のみ、お答えください。現在 妊娠の可能性はありますか？	いいえ ・ はい
---------------------------------	----------

禁忌（胎児への造影剤移行の可能性あり） ※授乳中の方・・・造影剤投与後 24 時間以内の母乳への移行は投与量の 1%未満、乳児の消化管からの吸収は 1%未満です。極微量なので通常通り授乳することができます。気になる方は造影剤投与後 24 時間授乳を控えてください。

## 【 造影検査同意書 】

私は、造影検査の必要性・危険性について内容を十分理解した上で、造影検査を受けることに同意いたします。また、検査を行う上で必要な処置および急変時の処置を受けることも併せて同意します。

令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 本人署名 \_\_\_\_\_

保護者または代理人 \_\_\_\_\_

問診・同意書を確認した結果、造影検査を依頼します。

令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 担当医師 \_\_\_\_\_

体重 ( ) kg	
-----------	--

ESUR造影剤ガイドラインVer10.0 日本医学放射線学会ガイドライン2018を参考に作成しています