

フリガナ _____ 身長：_____ cm
 氏名 _____ 体重：_____ kg
 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 MRI・造影検査には体重が必要になります！
 連絡先 (日中連絡がとれる電話番号) _____ 携帯・自宅・勤務先 _____
 TEL _____

紹介元医療機関名 _____
 TEL _____
 診療科 _____
 ご担当医師名 _____ (印)

予約日時 (紹介元医療機関からのご予約)
 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分より

患者から直接予約する場合は、下記をご記入ください。
 検査部位 _____ 次回診察日 _____ 月 _____ 日

検査区分
 MR CT MG (マンモグラフィ) DXA (骨密度)

造影区分
 ●アレルギー (ヨード:CT・ガドリニウム:MR)、喘息、妊娠、腎機能の悪い方は不可
 ●透析治療中の方はMR不可、CTは注意!!
 造影なし 造影あり

依頼内容
 頭部 副鼻腔 下垂体 聴器
 頸部
 頸椎 胸椎 腰椎 仙椎
 肺 縦隔 心臓 乳腺
 腹部 前立腺 子宮卵巣 骨盤
 肩 (R・L) 肘 (R・L) 上腕 (R・L)
 手関節 (R・L) 手 (R・L) 前腕 (R・L)
 股関節 (R・L) 大腿 (R・L) 下腿 (R・L)
 膝関節 (R・L) 足関節 (R・L) 足 (R・L)
 その他 _____

傷病名・紹介目的 _____
 既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過 _____
 現在の処方・備考 _____

MRI
 ●体内金属 (心臓ペースメーカー・人工内耳・脳動脈瘤クリップ・その他金属)
 具体的に【 _____ 】 ●かつら・ウィック
 ●刺青・アートメイク ●増毛用パウダー (鉄粉を含む場合があるため)
 ●カラーコンタクト ●ネイルアート
 ●入れ歯 (磁石で固定するタイプ)
 ●薬剤アレルギーの既往
 ●喘息
 ●腎機能障害 (有・無) クレアチニン(Cr)値 (_____)
 ●妊娠初期 (13週以内) もしくは妊娠の可能性

有・無 _____ 有の場合、検査ができない場合があります。応相談
 有・無 _____ 有の場合、場所・時期によって検査ができない場合があります。
 有・無 _____ 有の場合つけたままでの検査はできません。ケースをご持参ください
 有・無 _____ 有の場合、安定性が低下する危険性が有ります。
 有・無 _____ 有の場合、造影できないことがあります。
 有・無 _____ 有の場合、原則、造影禁忌。
 有・無 _____ Cr値2.0以上の場合、造影禁忌。透析中の方は不可。
 有・無 _____ 有の場合、原則検査不可

CT
 ●喘息
 ●腎機能障害 (有・無) クレアチニン(Cr)値 (_____)
 ●妊娠初期 (13週以内) もしくは妊娠の可能性

有・無 _____ 有の場合、原則、造影禁忌。
 有・無 _____ Cr値2.0以上の場合、造影禁忌。透析中の方は不可。
 有・無 _____ 有の場合、原則検査不可

ご注意!
 おなか(腹部)の検査・造影検査を受ける方
食事制限 4時間 (検査前)
 *水・お茶はかまいませんが、牛乳やクリームの入ったものはとらないでください。

画像媒体について
CD作成必要
 持参するもの
 ・保険証 ・検査依頼書
 ●当日は、所要時間
 およそ1時間を目安にしてください。
 診療の都合でお待たせする場合があります。

お問い合わせ電話番号
 島田総合病院 放射線科
 予約TEL MR室直通
0479-30-7020

検査当日について

おなか(腹部)の検査・造影検査を受ける方 食事制限4時間（検査前）

*水・お茶はかまいませんが、牛乳やクリームの入ったものとはとらないでください。
その他の検査を受ける方は、飲食の制限はありません。

検査当日は、予約票に記載された来院時間に、**1階受付**へお越し下さい。

予約票・保険証を忘れずに！！

来院時間に遅れそうな場合は、お電話ください。

0479-30-7020

他の検査との兼ね合いで 検査開始時間が遅くなったり
救急対応により予約時間に検査できない場合があります。
受付から検査開始まで15分～20分、検査・お会計まで、およそ1時間程度です。

検査料金 保険適応3割負担にて概算

MRI……………～8,000円（造影）……～12,000円

CT……………～6,000円（造影）……～11,000円

X線マンモグラフィ……………～4,000円

DXA骨密度測定……………～2,500円



SHIMADA GENERAL HOSPITAL

医療法人積仁会 島田総合病院

〒288-0053 千葉県銚子市東町5番地
3

TEL. 0479-22-5401 (代)

FAX. 0479-23-3613

お問い合わせ電話番号

島田総合病院 放射線科
予約TEL MR室直通

0479-30-7020

