

# 小倉記念病院 MR・CT(頭部)検査申込書

医療連携室 FAX (直通) 0120-020-027  
TEL (代表) 093-511-2000

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様

希望日	第一希望：      月      日 (      曜)	第二希望：      月      日 (      曜)
希望する画像出力 (○で囲んで下さい)	不要      CD	結果説明は紹介元様にて お願いいたします。

希望される検査の ☐ にチェックを入れて下さい

<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 単純のみ	部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎
	<input type="checkbox"/> 造影希望		<input type="checkbox"/> 頭部3D・CTA	<input type="checkbox"/> 頸部3D・CTA		
※必須記入 該当事項があれば○で囲んで下さい。						
・腎機能障害    ・喘    息    ・妊    娠    ・ヨードアレルギー    ・甲状腺機能亢進						
<input type="checkbox"/> MR	<input type="checkbox"/> 単純のみ	部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎
	<input type="checkbox"/> 造影希望		<input type="checkbox"/> 頭部MRA	<input type="checkbox"/> 頸部MRA		
※必須記入 該当事項があれば○で囲んで下さい。						
・MRI対応型心臓ペースメーカー    ・人工内耳    ・脳動脈瘤クリップ ・腎機能障害    ・入    れ    墨    ・心臓人工弁    ・体内金属片    ・義    歯 ・義    眼    ・人工骨・関節等    ・妊    娠						
検査目的					告知について	悪性腫瘍の場合、それを告知されていますか。  はい    ・    いいえ
					留意事	(持参資料・その他)
検査	造影希望の場合はできれば3ヶ月以内の血中クレアチニン値を記入して下さい  (Cr:                      )(検査日:                      )					

※当日の間診によっては造影を中止させて頂く場合がありますので御了承下さい。