

紹介状・診療情報提供書
(CT・MRI・骨密度 検査依頼票)

ふりがな		紹介元医療機関 電話番号 FAX 番号 診療科名 ご担当医師名 ㊟
患者氏名	男・女	
生年月日		
連絡先電話		
身長・体重	cm kg	

検査予約日時	貴院次回診察日
月 日 午前・午後 時 分	月 日 ・ 未定

※検査結果の郵送に 1 週間ほど予定しております。

●保険請求用病名
●検査目的・備考

検査区分 ※安全面を考慮し、造影検査はお断りさせて頂いております。

CT	☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 骨盤部
MRI	☐ 頭部（・頭部 MRI+MRA ・副鼻腔 ・下垂体 ・内耳道） ☐ 頸部 ☐ 脊椎（頸椎・胸椎・腰椎）
	☐ 腹部（・腹部 MRI ・腹部 MRI+MRCP） ☐ 骨盤（・前立腺 ・子宮、卵巣）
骨密度	☐ 腰椎 ☐ 大腿骨（原則ひだり大腿骨での測定になります）

下記につきましてご記入ください

「有」の場合は下記注意事項をご確認ください。

全検査	妊娠中または妊娠の可能性	有・無	有の方は検査不可。
CT	ペースメーカー・ICD	有・無	本体への X 線照射が問題ないかご確認ください。
	血糖値測定リブレンサー	有・無	検査時に外していただくことがあります。
	近日中にバリウム検査を受けた	有・無	念のため 1 週間あいだをあけてください。
MRI	ペースメーカー・ICD・人工内耳	有・無	MRI 検査不可。
	ステント・脳動脈クリップ・体内金属	有・無	MRI 検査が可能なものかご確認ください。
	刺青・アートメイク	有・無	火傷する可能性があります。ご了承ください。
	カラーコンタクト・補聴器	有・無	検査前に外していただきます。
	磁石を使った入れ歯・義眼	有・無	MRI 検査が可能なものかご確認ください。
	薬剤（マンガン）アレルギー	有・無	MRCP 検査ではボーズゲル（塩化マンガン四水和物）を経口消化管造影剤として使用します。
骨密度	測定部位に金属が入っている	有・無	有の方は検査不可
	近日中にバリウム、RI 検査を受けた	有・無	念のため 1 週間あいだをあけてください。

※MRI 検査を受けられる方は別途「MRI 検査問診票・同意書」もご記入ください。



医療法人財団順和会
赤坂山王メディカルセンター

〒107-8402 港区赤坂 4-1-26W 棟

TEL.03-6230-3701（代表）

FAX : 03-6230-3702

放射線室 行