

【委託撮影】MRI（単純撮影）申込書

地方独立行政法人岡山市立総合医療センター
岡山市立せのお病院 放射線科 御中
電話 086-282-1211(代表)
FAX 086-281-2877
(対応可能時間：8：30～16：30)

※太枠内をご記入ください。

患者様 住 所：

(フリガナ)

氏 名：

性別 男 女

生年月日：T・S・H・R 年 月 日

電話番号：

MRI 検査日時： 令和 年 月 日 午前・午後 時 分

- 注意事項 1. 事前にお電話にてご予約をお願いいたします。
2. 全身状態が重篤な患者様の検査は主治医の同伴をお願いいたします。
3. 腹部の場合は4時間前から欠食してください。ただし、水分は可です。
※キャンセルの場合は当院放射線科までご連絡ください。
なお、予約時間を2時間過ぎた場合は自動的にキャンセルとさせていただきます。

検査部位 頭部 頸椎 胸椎 腰椎 骨盤 その他 ()

診断名	その他
主訴・検査目的等	

MR I 検査に関する問診について以下ご記入ください。

- ① 下記の医療器具、装置（インプラント）が体内にありますか？
心臓ペースメーカー・脳動脈瘤クリップ・神経刺激装置・子宮内避妊リング □はい □いいえ
自動除細動器・心臓人工弁・人工内耳・その他 ()
- ② 妊娠の可能性はありますか？（女性の方のみ） □はい □いいえ
- ③ イレズミはされていますか？ □はい □いいえ
- ④ 長時間の静止はできますか？（約30分） □はい □いいえ
- ⑤ 閉所恐怖症はありますか？ □はい □いいえ
- ⑥ 過去にMR I 検査を受けたことがありますか？ □はい □いいえ
- ★「はい」の場合、その時期はいつ頃ですか？（ 年 月頃）

紹介元医療機関

住 所：

医療機関名：

担当医師：

印

【委託撮影】CT（単純撮影）申込書

地方独立行政法人岡山市立総合医療センター
岡山市立せのお病院 放射線科
電話 086-282-1211(代表)
FAX 086-281-2877
(対応時間：8：30～16：30)

※太枠内をご記入ください。

患者様 住 所：

(フリガナ)

氏 名：

性別 男 女

生年月日：T・S・H・R

年

月

日

電話番号：

CT 検査日時： 令和

年

月

日

午前・午後

時

分

- 注意事項 1. 事前にお電話にてご予約をお願いいたします。
2. 全身状態が重篤な患者様の検査は主治医の同伴をお願いいたします。
3. 腹部、骨盤の場合は4時間前から欠食してください。ただし、水分は可です。
※キャンセルの場合は当院放射線科までご連絡ください。
なお、予約時間を2時間過ぎた場合は自動的にキャンセルとさせていただきます。

検査部位 頭部 頸部 胸部 腹部 骨盤 その他（ ）

診断名	その他
主訴・検査目的等	

CT検査に関する問診について以下ご記入ください。

- ① 下記の医療器具、装置（インプラント）が体内にありますか？
心臓ペースメーカー・脳動脈瘤クリップ・神経刺激装置・子宮内避妊リング はい いいえ
自動除細動器・心臓人工弁・人工内耳・その他（ ）
- ② 妊娠の可能性はありますか？（女性の方のみ） はい いいえ

紹介元医療機関 住 所：

医療機関名：

担当医師：

印

これより下は当院で記入します。

管電圧

管電流

照射線

120kV

mA