

CT検査依頼書

赤字の部分に
ご記入をお願いします

紹介元医療機関

〇〇クリニック

竜操整形外科病院 放射線科 行

予約日時

電話にてご予約いただいた日時をご記入ください

20XX年 X月 XX日 15時 00分

※ご予約日時等の変更を希望される場合は、紹介元医療機関へご連絡ください。
患者様からの直接の予約変更は受けておりません。

フリガナ	リュウソウ タロウ	性別	生年月日	
患者氏名	竜操 太郎	男・女	20XX年 X月 XX日	
撮影部位	☐ 頸椎	☐ (R・L) 肩関節	☐ 頭部	☐ その他 []
	☐ 胸椎	☐ (R・L) 肘関節	☐ 胸部	
	☐ 腰椎	☒ (R・L) 手関節	☐ 腹部	
	☐ 骨盤	☐ (R・L) 膝関節		
	☐ 股関節	☐ (R・L) 足関節		
疾患名 検査目的など	転倒し、右手をついて受傷。右橈骨遠位端骨折を疑います。			

CT検査問診票

- | | |
|--|---|
| 1. 妊娠している、またはその可能性がある | ☐ はい ☒ いいえ |
| 2. インスリンポンプ、持続血糖測定器(リブレ)を使用している
はい の場合、検査前に外していただく必要があります | ☐ はい ☒ いいえ |
| 3. 心臓ペースメーカー、植込み型除細動器(ICD)、神経刺激器を使用している
はい の場合、撮影部位によっては検査ができない可能性があります | ☐ はい ☒ いいえ |

CT検査同意書

ご依頼をされる先生は、下記の2項目について十分説明を行った後、右側の欄に署名をお願いします 患者様はその内容をご理解いただけましたら、✓を入れ、以下ご記入をお願いします	
☒ CT検査の必要性 ☒ 医療被ばくについて	紹介元医師署名 ※署名により患者様への十分な説明を行ったものといたします 竜 花子
同意日 20XX年 XX月 XX日	
患者氏名 竜操 太郎 ※未成年または署名できない場合は右側もご記入ください	保護者または保証人氏名 (竜操 吾郎)
患者電話番号 086-273-XXXX	患者住所 岡山市中区藤原00-00

【検査を受けられる患者様へ】

予約時間に遅れますと、撮影開始が大幅に遅くなる、もしくは予約を取り直していただく場合がございます。
お時間に余裕をもってお越しください。

医療法人 相生会 竜操整形外科病院

〒703-8245

岡山県岡山市中区藤原21-1

TEL代表 086-273-1233

TEL外来棟 086-273-1122

骨粗鬆症検査依頼書

赤字の部分に
ご記入をお願いします

紹介元医療機関

〇〇クリニック

竜操整形外科病院 放射線科 行

予約日時

電話にてご予約いただいた日時をご記入ください

20XX年 XX月 XX日 15時 00分

※ご予約日時等の変更を希望される場合は、紹介元医療機関へご連絡ください。
患者様からの直接の予約変更は受けておりません。

フリガナ	リュウソウ タロウ	性別	生年月日
患者氏名	竜操 太郎	☒ 男・女	20XX年 XX月 XX日
検査内容	☐ DEXA	特記事項があればご記入ください	
	☒ DEXA + レントゲン(胸椎・腰椎)		

骨粗鬆症検査問診票

1. 妊娠している、またはその可能性がある ☐はい ☒いいえ
2. 仰向けで5分程度体勢が維持できない可能性がある ☐はい ☒いいえ
3. 1週間以内にバリウム検査をおこなった ☐はい ☒いいえ
- はい の場合、検査ができない可能性があります
4. 腰椎・股関節に手術等で金属を入れている ☒はい ☐いいえ
- はい の方は、どの部位にありますか ☐腰椎 ☐右股関節 ☒左股関節

骨粗鬆症検査同意書

ご依頼をされる先生は、下記の2項目について十分説明を行った後、右側の欄に署名をお願いします
患者様はその内容をご理解いただけましたら、✓を入れ、以下ご記入をお願いします☒ 骨粗鬆症検査の必要性☒ 医療被ばくについて

紹介元医師署名 ※署名により患者様への十分な説明を行ったものといたします

竜 花子

同意日 20XX年 XX月 XX日

患者氏名 竜操 太郎

保護者または
保証人氏名

(竜操 吾郎)

※未成年または署名できない場合は右側もご記入ください

患者
電話番号 086-273-XXXX患者
住所

岡山市中区藤原00-00

【検査を受けられる患者様へ】

予約時間に遅れますと、撮影開始が大幅に遅くなる、もしくは予約を取り直していただく場合がございます。お時間に余裕をもってお越しください。



医療法人 相生会 竜操整形外科病院

〒703-8245

岡山県岡山市中区藤原21-1

TEL代表 086-273-1233

TEL外来棟 086-273-1122

MRI検査依頼書

赤字の部分に
ご記入をお願いします

紹介元医療機関

〇〇クリニック

竜操整形外科病院 放射線科 行

予約日時

電話にてご予約いただいた日時をご記入ください

20XX年 XX月 XX日 15時 00分

※ご予約日時等の変更を希望される場合は、紹介元医療機関へご連絡ください。
患者様からの直接の予約変更は受けておりません。

フリガナ	リュウソウ タロウ	性別	生年月日
患者氏名	竜操 太郎	男・女	20XX年 XX月 XX日
撮影部位 ※予約枠は1部位につき1つとなります	☐ 頸椎	☐ (R・L) 肩関節	☐ 頭部
	☐ 胸椎	☐ (R・L) 肘関節	☐ その他 〔 〕
	☐ 腰椎	☒ (R・L) 手関節	
	☐ 骨盤	☐ (R・L) 膝関節	
	☐ 股関節	☐ (R・L) 足関節	
疾患名 検査目的など	転倒し、右手をついて受傷。右橈骨遠位端骨折を疑います。		

MRI検査同意書

私
け
尚ご依頼をされる先生は、下記の2項目について十分説明を行った後、右側の欄に署名をお願いします
患者様はその内容をご理解いただけましたら、✓を入れ、以下ご記入をお願いします☒ MRI検査の必要性☒ MRI検査説明書・問診票(別紙)

紹介元医師署名 ※署名により患者様への十分な説明を行ったものといたします

竜 花子

同意日 20XX年 XX月 XX日

患者氏名 竜操 太郎

保護者または
保証人氏名

(竜操 吾郎)

※未成年または署名できない場合は右側もご記入ください

患者
電話番号 086-273-XXXX患者
住所

岡山市中区藤原00-00

【検査を受けられる患者様へ】

予約時間に遅れますと、撮影開始が大幅に遅くなる、
もしくは予約を取り直していただく場合がございます。
お時間に余裕をもってお越しください。

医療法人 相生会 竜操整形外科病院

〒703-8245

岡山県岡山市中区藤原21-1

TEL代表 086-273-1233

TEL外来棟 086-273-1122

MRI検査説明書・問診票

MRI検査について

MRI検査

赤字の部分に
ご記入をお願いします

MRI検査は、強い磁石でできた機械の中に入り、身体の一部を断断する。また、機械は狭いトンネルのような形状をしており、検査をするまで体全体が入っていきます。検査時間は検査目的により様々ですが15～30分程度です。検査中は非常に大きな音が出ますので、ヘッドフォンや耳栓を使用します。検査中に体を動かしてしまうと画像が乱れてしまうので、動かないようにして下さい。手術などで体内に金属がある場合や身に付けている物の材質により、やけどや発熱、その他人体に重大な影響を及ぼす可能性もありますので、以下の問診票にお答えください。

MRI問診票

★の項目で「はい」の場合、[]内の該当する項目に○をご記入ください

- | | | |
|---|--|---|
| ◆体内に心臓ペースメーカーや人工内耳などの電子機器や医療機器がある | ☐ はい | ☒ いいえ |
| ★手術等で、体内金属がある | ☒ はい | ☐ いいえ |
| [脳動脈瘤クリップ ・ コイル ・ <u>ステント</u> ・ <u>人工関節</u> ・ 人工心臓弁 ・ その他()] | | |
| ★[磁石で固定する歯科インプラント ・ 義眼]をしている | ☐ はい | ☒ いいえ |
| ★[インスリンポンプ ・ 持続血糖測定器(リブレなど)]を使用中、使用予定がある | ☐ はい | ☒ いいえ |
| ◆入れ墨 ・ タトゥー ・ アートメイクがある | ☐ はい | ☒ いいえ |
| ◆閉所恐怖症がある(狭いところが極端に苦手である) | ☐ はい | ☒ いいえ |
| ◆静止することが困難である(じっとしてられない) | ☐ はい | ☒ いいえ |
| ◆妊娠している、またはその可能性がある | ☐ はい | ☒ いいえ |

★の項目で「はい」の方は、検査可能かわからない場合、
事前に手術等を行った医療機関に検査の可否をお問い合わせください
竜操整形外科病院での問い合わせ対応はいたしません

《よくある事例》

- ・脳動脈クリップがあるが、いつ手術したかわからない。また、手術の後MRIの検査をしたかわからない。
- ・持続血糖測定器(リブレ)を装着しているが、外していいかわからない。
- ・磁石式入れ歯は、外すだけじゃダメなの？ →磁石の力が弱くなる可能性があります。



←MRI検査についてのよくある質問をまとめています。参考にしてください。

NPO法人 日本磁気共鳴専門技術者定機構

市民のみなさまへ 安心してMRI検査を受けていただくために

<https://growlab.xsrv.jp/jmrts/wp/>

記入日

20XX

年

XX

月

XX

日

患者署名

竜操 太郎

【注意事項】

- 予約時間に遅れてしまいますと、検査の開始時間が大幅に遅くなる、もしくは予約を取り直していただく場合があります。**お時間に余裕をもってお越しください。**
- ご予約日時等の変更を希望される場合は、紹介元医療機関へご連絡ください。
患者様からの直接の予約変更は受けておりません。
- 検査に際し、当院において鎮静・鎮痛の処置は致しません。
- 体動等により、画像が不明瞭、もしくは検査が実施できない場合があります。