

申込日：令和 年 月 日

社会医療法人仁愛会 浦添総合病院
CT・MRI 検査予約申し込み書 兼 FAX 送信表
FAX 098-875-3261

* 診療情報提供書・検査チェックリストをあわせて送信してください。

* 氏名（カナ）生年月日は伏せずに送信願います。

紹介元	医療機関名： _____ 担当者： _____
患者名	患者氏名（カナ）： _____（姓） 生年月日： 大正・昭和・平成 年 月 日

* 下記の項目いずれかへ ☒ お願いいたします

☐ CT （ ☐ 単純 ☐ 造影 ）

☐ 脳 ☐ 頸部 ☐ 心臓 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 骨盤
☐ 脊椎（ ） ☐ 上肢（ ） ☐ 下肢（ ）

☐ MRI （ ☐ 単純 ☐ 造影 ）

☐ 脳 ☐ VSRAD ☐ 頸部 ☐ 心臓 ☐ 乳房
☐ MRCP ☐ 腹部（ ） ☐ 骨盤（ ） ☐ 脊椎（ ）
☐ 上肢（ ） ☐ 下肢（ ） ☐ その他（ ）

* 造影検査の場合は、直近の採血検査データ（腎機能データ等）の添付をお願いいたします。（一か月以内の検査データをもとにご案内できます。）

* FAX 確認後、担当者よりご連絡いたします。

* 当院からの折り返しは翌日以降になる可能性があります

TEL: (098) 879-0630 (かけはし)

病院・クリニック名: _____

患者名: _____

生年月日: _____

作成日: 2023年11月

CT検査ご案内(紹介患者さん用) および検査チェックリスト

検査当日は予約時間の30分前までに「総合案内」へお越しください。
受付後、放射線検査受付(受付 E)へ案内します。

検査当日の食事は

☐ 控える必要はありません。

☐ 朝食・昼食(水分を含む)を抜いてください。

予約日時にお越しになれない場合は、ご連絡をお願いします。

※胆嚢の検査をご希望の場合のみ欠食の案内をお願いします。

●注意事項(必ずお読みください)● スタッフの方はレ点チェックをお願いします

◎下記項目に当てはまる場合はご相談ください

無☐・有☐ 妊娠の可能性があるまたは妊娠中

無☐・有☐ SICD(完全皮下埋め込み型除細動器)挿入中

無☐・有☐ 糖尿病治療中(ビグアナイド薬、インスリンポンプ、リブレなどの装着)

※無☐・有☐ 授乳中

※無☐・有☐ 喘息・アレルギー

※印は造影検査の場合のみ記入してください

◎下記項目に当てはまる場合は造影CT検査を受けることができません。

無☐・有☐ ヨード造影剤で重篤な副作用が出たことがある

無☐・有☐ 重篤な甲状腺疾患がある方

★医療スタッフの方へ

レ点チェックした後に予約申し込み書・紹介状と共に連携室までファックスをお願いします。

浦添総合病院 連携室 かけはし

連絡先: (098)879-0630

fax (098)875-3261



社会医療法人 仁愛会
浦添総合病院

TEL:(098)879-0630 (かけはし)

病院・クリニック名：_____
患者名：_____
生年月日：_____

作成日：2018年12月
改訂日：2023年11月

MRI検査ご案内(紹介患者さん用)および検査チェックリスト

検査当日は予約時間の30分前までに「総合案内」へお越しください。
受付後、放射線検査受付(受付 E)へ案内します。
検査当日の食事は

- ☐ 控える必要はありません。
- ☐ 朝食・昼食(水分を含む)を抜いてください。

予約日時にお越しになれない場合は、ご連絡をお願いします。

※MRCPご希望の場合のみ欠食の案内をお願いします。

●注意事項(必ずお読みください)● スタッフの方はレ点チェックをお願いします

※下記項目に当てはまる場合はご相談ください

- 無☐・有☐ 閉所恐怖症
- 無☐・有☐ 妊娠の可能性
- 無☐・有☐ 入れ墨
- 無☐・有☐ 歯科矯正中

※下記項目に当てはまる場合はMRI検査を受けることができません。

- 無☐・有☐ 人工内耳
- 無☐・有☐ 磁力式義眼
- 無☐・有☐ 乳房再建エキスパンダー、磁石式人工肛門
- 無☐・有☐ 体内に残存するペースングワイヤー

※下記に該当する方は体内金属がMRI対応である事を確認してから依頼をお願いします。

- ☐ 心臓ペースメーカー・ICD・CRT・ループレコーダー ☐ 脳動脈クリップ・コイル ☐ 神経刺激装置
 - ☐ 脳室シャント ☐ 血管ステント・その他ステント・フィルター ☐ 機械式人工弁
 - ☐ 内視鏡によるクリップ ☐ 整形外科インプラント(人工関節・プレート・ボルトなど)
 - ☐ その他の体内金属および取り外しのできない金属
- 上記の体内金属のMRI適合：☐ 検査可 ☐ 不明

MRI対応ペースメーカー等の心臓埋め込みデバイスについて：

- ・MRI 検査当日は、「条件付きMRI対応植込み型デバイスカード」と「手帳」を持参してください。
- ・手帳とカードどちらか一方でも確認できない場合は、MRI検査ができません。
- ・植込み後6週間以上経過してからMRI検査が可能となります。MRI検査当日にデバイスチェックを行い、その結果によってはMRI検査が受けられないことがあります。

検査を受けられる患者さんへ

- ※検査当日はマスカラ、アイシャドウ、カラーコンタクトなどはなるべくつけてこないでください。
- 検査当日準備するもの
- ☆保険証 ☆検査紹介状
- ☆画像ファイルがあれば持参して下さい
- ☆浦添総合病院の診察券があれば持参して下さい

★医療スタッフの方へ

レ点チェックした後に予約申し込み書・紹介状と共に連携室までファックスをお願いします。
浦添総合病院 連携室 かけはし
連絡先：(098)879-0630

fax (098)875-3261



社会医療法人 仁愛会
浦添総合病院

TEL:(098)879-0630 (かけはし)