

## CT・MRI・RI検査予約申込用紙

送信先:新潟医療生活協同組合 木戸病院 地域医療連携室

TEL:025-256-6700 FAX:025-256-6710

紹介元医療機関:

医師名: 先生

TEL: FAX

フリガナ		男・女	生年月日	明・大・昭・平
患者氏名				年 月 生
住 所	〒			( )
				TEL

希望検査 CT MRI RI

検査部位、内容など ( )

造影剤使用(CT/MRIの場合) する しない

読影希望 あり なし

データ希望 要(CD ・フィルム) 不要

予約希望日 年 月 日 ( )

※予約調整を行います、ご希望通りにお取りできない場合もあります。予めご了承下さい。

検査目的

## MR I 検査 事前問診票

氏名 \_\_\_\_\_ ( 才 ) 男・女 \_\_\_\_\_ 入院・外来 \_\_\_\_\_

体重 \_\_\_\_\_ k g 記入日：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

1. MR I 検査を受けたことがありますか？ (いいえ・はい・わからない)  
検査部位 ( )
2. 手術をしたことがありますか？ (いいえ・はい・わからない)  
どんな手術ですか？ ( )
3. 心臓ペースメーカー }  
埋込式除細動器 } を使用していますか？ (いいえ・はい・わからない)
4. MRI 用の造影剤を使用したことがありますか？ (いいえ・はい・わからない)
5. 造影剤を使用した際、気分が悪くなったり、皮膚が赤くなったことがありますか？  
(いいえ・はい・わからない)
6. 狭い所に入ると気分が悪くなることがありますか？ (いいえ・はい・わからない)
7. 補聴器、人工内耳、コンタクトレンズを使用していますか？  
(いいえ・はい・わからない)
8. 入れ歯、又は磁石を使用した入れ歯、インプラントを装着していますか？  
(いいえ・はい・わからない)
9. (女性のみ) 現在妊娠中ですか？ (いいえ・はい・わからない)
10. (女性のみ) 授乳中ですか？ (いいえ・はい)
11. その他、お気づきのことがありましたら、ご記入ください。

医師署名 \_\_\_\_\_

※この用紙は、個人情報保護法に基づき、MRI 検査の安全確認のため以外には使用いたしません。