

MRI・CT 問診票（他院患者さん用）

検査日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

当院 ID： _____ (お持ちの場合のみ)

名 前： _____ 男・女

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

○ 注意事項

* 予約制ではありませんが、円滑な検査のため、来院前（可能なら前日）に

クリニックへご連絡ください TEL027-260-7007

* 急患などにより、お待たせすることがございますのでご了承下さい

* ご不明な点、ご不安な点がございましたら、スタッフにご相談ください

● MRI をお受けになる方は下記にお答えください

MRI の検査をしたことがありますか？	はい・いいえ
体内に金属が入っていますか？ (ペースメーカー・クリップ・コイル・ステント・シャントバルブ・人工弁・人工関節・磁気義眼・人工内耳・人工肛門磁性アタッチメント・インプラントなど (入っている場合は、○をつけて下さい))	はい・いいえ
時計・ネックレス・ベルト・ヘアピン・かつら・増毛スプレー等をしていますか？	はい・いいえ
ズボン、スカート、上着のポケットになにか入っていますか？	はい・いいえ
貼付薬（湿布、パッチ等）を貼っていますか？	はい・いいえ
入れ歯・補聴器はしていますか？	はい・いいえ
ピップエレキバンやカイロを貼っていますか？	はい・いいえ
閉所恐怖症ですか？（狭いところが苦手ですか？）	はい・いいえ
刺青（アートメイク）を入れていますか？	はい・いいえ
カラーコンタクトレンズはしていますか？	はい・いいえ
妊娠、または妊娠の可能性がありますか？（13 週未満の安全が確立していません）	はい・いいえ (女性の方のみ)
体重をお教えてください	_____ kg

● CT をお受けになる方は下記にお答えください。

ペースメーカーをしていますか？	はい・いいえ
妊娠、または妊娠の可能性がありますか？（妊娠 13 週未満の安全が確立していません）	はい・いいえ (女性の方のみ)

※ 記載いただき、検査日にご持参ください

ふじまきクリニック

MRI・CT 検査依頼票（診療情報提供書）

紹介先 〒371-0046 群馬県前橋市川原町2丁目2-5 FAX:027-260-7117

ふじまきクリニック 脳神経外科・内科

TEL:027-260-7007

※ この依頼票は、画像撮影を主目的としており、当クリニックでの画像結果の説明は行いません。
※ 結果説明を希望される場合は、通常の紹介でお願いいたします。

紹介元 医療機関名 _____	依頼年月日： _____ 年 月 日 ()
TEL: _____	診療科名 _____
FAX: _____	医師名 _____

フリガナ		生年月日	年 月 日 (才)
患者氏名	様	男・女	電話番号

単純/造影	単純撮影 (単純撮影のみお引き受けしています)						
検査種別	MRI			CT			
検査部位	頭部	頸椎	胸椎	腰椎	頭部	胸部	腹部
	骨盤(女性)	骨盤(男性)	股関節		頸椎	胸椎	腰椎
	(膝関節、足関節は撮影できません)			骨盤	上肢	下肢	
	その他 ()						
読影希望	必要 / 不要						

傷病名	
検査目的	

撮影方法 (特別指示などがありましたらご記載ください)

検査画像 (CD-R)	読影なし; 当日ご本人様お渡し	読影あり; 後日、受付にてお渡しします
-------------	-----------------	---------------------

予約制ではありません。お急ぎの場合は、TEL および FAX にて、お知らせください。
スムーズに検査を行うため、来院前 (なるべく前日) に、当クリニック 027-260-7007 へ

患者さまより、連絡いただけますようお願い申し上げます

ふじまきクリニック