

# 浜松医療センター 放射線検査①申込書

医療連携室 TEL 053-451-2760 / FAX 053-452-9217

太枠内のご記入をお願いいたします。

<b>■ 検査年月日</b>			
検査年月日	令和 年 月 日	予約時間	時 分
<b>■ 患者基本情報</b>			
フリガナ			性別
氏名	様		男・女
生年月日	大正・昭和 年 月 日 ( ) 歳 平成・令和		
住所	〒 -		
連絡先			
保険者番号		区分	本人・家族
記号		番号	
公費	乳幼児・重度医療・母子医療・生活保護・その他 ( )		
<b>■ 検査項目</b> ※検査部位を記入してください。歯科CTは●が必須項目となります。			
乳房撮影	<input type="checkbox"/> 乳房	一般撮影	<input type="checkbox"/> 胸部・ <input type="checkbox"/> 腹部・ <input type="checkbox"/> その他 ( )
骨密度測定	<input type="checkbox"/> 腰椎 ・ <input type="checkbox"/> 腰椎+両大腿骨		
CT	<input type="checkbox"/> 副鼻腔 ・ <input type="checkbox"/> 聴器 ・ <input type="checkbox"/> その他 ( )		
MRI	<input type="checkbox"/> 両顎関節 ・ <input type="checkbox"/> その他 ( )		
歯科撮影	<input type="checkbox"/> パノラマ ・ <input type="checkbox"/> セファロ (正面+側面) ・ <input type="checkbox"/> セファロ (側面)		
歯科CT	● 撮影装置 : <input type="checkbox"/> 歯科専用CT装置 ・ <input type="checkbox"/> CT装置		
	● インプラント方法 : <input type="checkbox"/> Sim Plant ・ <input type="checkbox"/> 10DR ・ <input type="checkbox"/> iCAT ・ <input type="checkbox"/> その他		
	● 撮影時装着テンプレート等 : <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		
	● インプラント埋入予定部位		
	8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8
○ 撮影等に関するご要望	8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8
	( )		
<b>■ 画像提供方法</b> ※フィルム出力希望のみレ点を記入してください。			
提供媒体	<input type="checkbox"/> フィルム		
<b>■ 医療機関情報</b>			
医療機関名	TEL	( )	-
依頼医師名	FAX	( )	-
<b>■ 浜松医療センター情報</b> ※記入不要 (浜松医療センター職員が記入します。)			
院内ID		医療連携室	放射線科
備考			

## 注意事項（患者様用資料）

### 乳房撮影

**禁忌** 心臓ペースメーカー装着者・植込み型除細動器装着者・豊胸手術実施者の乳房撮影は、様々な危険を回避するため原則お断りしています。（NPO 法人マンモグラフィ精度管理中央委員会推奨）

### CT

**前処置** 食事・水分・服薬の制限はありません。

### MRI

**禁忌①** 心臓ペースメーカー・植込み型除細動器・人工内耳・カプセル内視鏡を留置されている方は原則検査できません。その他、MRI 適合性が不明な体内留置物がある場合は、事前に医療連携室にお問い合わせください。

**禁忌②** 妊娠初期（約 12 週）は胎児に対する検査の安全性は確立されていないため、検査を避けていただいております。

**前処置** 食事・水分・服薬の制限はありません。

キリトリ線

### 検査予約券

浜松医療センター 医療連携室

検査年月日	令和 年 月 日	検査項目	予約時間
フリガナ		CT・MRI 歯科 CT	時 分
氏名	様	乳房撮影	(火・木) 14:00-16:00
		一般撮影・歯科撮影 骨密度測定	午前 9:00-11:30 午後 13:30-16:00

\* 検査予約券は下記受付窓口へご提出ください。

CT・歯科 CT (CT 装置)・MRI は放射線受付 S (A 棟 2 階)、他検査は放射線受付 R (A 棟 2 階) となります。

\* MRI は検査前に問診や着替えがあるため、予約時間の 15 分前までにお越しください。

\* 検査日に来院できない、または遅れる場合は、医療連携室（☎053-451-2760）までご連絡ください。