

浜松医療センター 放射線検査②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。

■ 検査年月日			
検査年月日	令和 年 月 日	予約時間	時 分
■ 患者基本情報			
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 ()		
■ 検査項目 ※CT・MRIは単純または造影にレ点, 検査部位にレ点を記入してください。			
CT ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 頸部 ・ <input type="checkbox"/> 胸部 ・ <input type="checkbox"/> 上腹部 ・ <input type="checkbox"/> 骨盤部	
	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 大動脈 (胸部・腹部) ・ <input type="checkbox"/> その他 ()	
MRI	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 聴器 ・ <input type="checkbox"/> 頸部 ・ <input type="checkbox"/> 上腹部 ・ <input type="checkbox"/> MRCP ・ <input type="checkbox"/> 骨盤部	
	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 乳房 (右・左) ・ <input type="checkbox"/> その他 ()	
核医学	<input type="checkbox"/> 骨シンチ ・ <input type="checkbox"/> その他 ()		
■ 画像提供方法 ※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		
■ 医療機関情報			
医療機関名		TEL	() -
依頼医師名		FAX	() -
■ 浜松医療センター情報 ※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）

CT

■ 単純撮影

前処置 食事・水分・服薬の制限はありません。

■ 造影検査

前処置 検査予定時刻 3 時間前から食事しないでください。水分や服薬の制限はありません。ただし、糖尿病・インスリン注射をしている場合は医師の指示に従ってください。

禁忌 気管支喘息（小児喘息や咳喘息は除く）や重篤な腎機能障害（eGFR30 未満）※の方は造影剤投与が禁忌となります。
※透析の方は除く

授乳婦 授乳は造影剤投与後 48 時間まで避けていただいております。

ビグアナイド系糖尿病薬の内服について

腎機能障害（eGFR45 未満）の方でビグアナイド系糖尿病薬を内服されている方は、検査前 48 時間と検査後 48 時間の合計 96 時間の休薬が必要となります。

MRI

■ 単純・造影検査共通

前処置 上腹部および MRCP 検査では検査前 1 食制限および検査前 3 時間水分制限となります。他の検査では食事・水分・服薬の制限はありません。

禁忌 心臓ペースメーカ・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ができません。
妊娠初期（約 12 週）は胎児に対する検査の安全性が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。

その他 当日の問診結果（体内留置物等）によっては、X 線検査の追加や検査中止となることがあります。
カラーコンタクトやネイルアートは発熱の恐れがあるため控えてください。

■ 造影検査

禁忌 気管支喘息（小児喘息や咳喘息は除く）や重篤な腎機能障害（eGFR30 未満）の方は造影剤投与が禁忌となります。

授乳婦 授乳は造影剤投与後 48 時間まで避けていただいております。また、その間は搾乳を推奨しております。

核医学

前処置 骨シンチの検査では食事・水分・服薬の制限はありません。

他の検査では前処置が必要となる場合があります。検査申込時にご案内いたします。

検査日の変更および中止について

検査日の変更および中止は、土・日・祝日を除く前日までに医療連携室（☎053-451-2760）へご連絡をお願いいたします。

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	予約時間	時	分
フリガナ							
氏名					検査項目	CT・MRI・核医学	
				様			

* 検査予約券は下記受付窓口へご提出ください。

CT・MRI は放射線受付 S（A 棟 2 階）、核医学は放射線治療・核医学受付 H（A 棟 1 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。