

内田クリニック用検査依頼書

該当検査項目にチェックをしてください。

検査依頼書
兼FAX用紙

☐ MR

☐ CT

医療法人友誼会

内田クリニック

TEL:072-625-7488

FAX:072-625-7458

主治医の先生へ…交通事故・労災保険の場合はお電話の際お申し付け下さい。

太線枠内のすべてをご記入下さい。造影の必要な検査につきましては予約時に必ずお知らせ下さい。

CT造影検査と下肢MRA及び腹部・膀胱・婦人科の単純・造影検査は[4時間前からの絶食]をお願いします。

検査当日はマイナ保険証、検査費用、予約書持参で30分前に来院して頂くようお願い下さい。

この用紙の1枚目をFAXしていただき、2枚目を患者様に予約書としてお渡し下さい。

読影 レポート	
次回 診察日	予定

患者氏名		性別		生年月日	T・S・H・R	年	月	日	(才)
紹介施設				診療科					
御紹介医師名				医師連絡先	()	-			
検査予定日時	年	月	日	時	分	検査予定部位		造影	☐ 有 ☐ 無

病名 貴院カルテ記載の病名と同じものを必ずご記入下さい。

#1

#2

#3

#4

#5

※依頼医の先生へ…必要箇所にチェックを入れて下さい。

① ☐ 検査被ばくについての説明を行い、同意を得ました。

【(X線)被ばくについての同意が必要ですのでよろしくお願いいたします】

② ☐ 検査の注意事項を説明し、同意を得ました。

CT検査は①・②、MR検査は②の項目についてお願いします。

確認事項

1, ☐ 独歩 ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー

2, 喘息……………☐有 ☐無

【 喘息は現症・既往に関わらず
造影剤の禁忌となっています。 】

3, 腎機能障害……………☐有 ☐無

クレアチニン[] mg/dl

4, 薬剤アレルギー、その他のアレルギー……☐有 ☐無

()

5, 感染症……………☐有 ☐無

()

6, 体内金属……………☐有 ☐無

[☐ ペースメーカー(MRI禁忌) ☐ 動脈瘤クリップ

☐ 人工関節・プレート ☐ その他()]

7, アートメイク・入れ墨・ネイルアート……………☐有 ☐無

8, 妊娠の可能性……………☐有 ☐無

9, 内田クリニック受診歴……………☐有 ☐無

現病歴 ※ 体内埋込デバイスでX線高感受性デバイスや条件付きMRI対応デバイスは当院で対応できないものもありますので、予約時にご相談ください。

検査目的・希望検査方法

腫瘍以外について造影検査を依頼される場合、その必要理由を必ずご記入ください。

予約確認書 兼
検査注意書

☐MR

☐CT

医療法人友誼会

内田クリニック

TEL:072-625-7488

検査の都合上、準備がございますので

検査予定時刻の30分前にマイナ保険証、検査費用、予約書(本書)

をお持ちいただき内田クリニック1階受付にお越しください。

患者氏名		性別		生年月日	T・S・H・R	年	月	日	(才)
紹介施設				診療科					
御紹介医師名				医師連絡先	()	-			
検査予定日時	年	月	日	時	分	検査予定部位		造影	☐ 有 ☐ 無

検査予定時刻の30分前に遅れられますと、検査日を変更していただく場合もございますのでご注意ください。

- ・事情により検査予約を取り消される場合、当日の急用や体調不良、交通事情等で予約時刻の30分前に到着が難しい場合は、電話にて早めにご連絡下さい。また検査の進行状況により検査開始が予約時間より遅れる場合もございます。ご了承下さい。
- ・当クリニックは御紹介いただいた施設とは別の医療機関となりますので、**マイナ保険証を必ずお持ち下さい。**再診の方も月に一度の確認が必要です。月を跨いで受診の際は必ずマイナ保険証をお持ち下さい。
- ・**交通事故・労災保険**での検査は、健康保険が使用できない場合がございますので、**事前にお電話にてお知らせ下さい。**
(医療機関ごとに保険会社への確認や書類が必要となりますので必ずご連絡下さい。確認が取れない場合や書類不備の際は、検査できない場合もあります。)

－ 検査注意書の該当検査項目を必ずお読みください －

検査注意書

- ◎ 検査を受けられる方は検査時に当院の検査着へ着替えていただきます。(一部の検査を除く)
- ◎ **インスリンポンプ及び持続血糖測定器(リブレ等)**は検査時に外して頂きます。
- ◎ **腎・膀胱・前立腺の検査**を受けられる方は検査予定時刻の1時間前から排尿しないようお願いします。
- ◎ **造影検査**を受けられる方・・・**検査前3ヶ月以内の血液による腎機能検査(クレアチニン)**が必要です。
他院の3ヶ月以内のクレアチニン結果の持参でも結構です。ない場合は別途料金で検査をさせていただきます。

☐MRI検査について・・・強い磁石と特殊な電波の力により、人体内部の構造をみる検査です。

禁忌	★心臓ペースメーカー装着の方(MR対応型含む)は検査を受けられません。 ★妊娠中またはその可能性のある方は当院では検査を受けられません。 ★体内埋め込み式の自動注入器装着の方は検査を受けられません。 ★人工内耳を埋込されている方は検査を受けられません。
----	---

- ☆ ①脳動脈瘤クリップ・大腸クリップ等体内に金属がある方(一部、MR対応のものでも検査出来ない場合あり)
②刺青、アートメイクをされている方 ③歯列矯正をされている方、**歯のインプラント治療中の方**
→上記に該当する項目がある方は検査を受けられない場合がありますので事前にお知らせ下さい。
- ☆ **ネイルアート**は事前に外して来てください。熱傷や機械の故障の恐れがあります。
- ☆ **アイシャドー・マスカラ等、部分白髪かくし・増毛パウダー**は金属含有のものがあて除去して頂く場合があります。
- ☆ 一部の**経皮吸収型貼付薬**は検査時に発熱する恐れがあるため剥がして頂く場合があります。
- ☆ **眼窩部の検査**を受けられる方は画像への影響を考慮し**コンタクトレンズ**を外して頂きます。その他の部位の検査でも**カラーコンタクトレンズ・ディファイン**は熱傷の恐れがあるため外して頂きますので**替え等の準備**を持参下さい。
- ☆ **腹部・下肢MRA(血管)・膀胱・婦人科の単純・造影検査**を受けられる方・・・**検査予定時刻の[4時間前から絶食]**をお願いします。**水・お茶のみ**飲んで頂いて大丈夫です。

☐CT検査について・・・X線を使用し、人体内部の構造をみる検査です。

禁忌	★妊娠中またはその可能性のある方は当院では検査を受けられません。
----	----------------------------------

- ☆ **心臓ペースメーカー装着の方**は手帳を必ずご持参ください。機種により検査を受けられない場合があります。
- ☆ **造影検査及び腹部・膀胱・婦人科の検査**を受けられる方・・・**検査予定時刻の[4時間前から絶食]**をお願いします。**水・お茶のみ**飲んで頂いて大丈夫です。
- ☆ **造影検査**を受けられる方は**お薬手帳**をご持参下さい。(糖尿病の薬を飲まれている方は事前にお知らせ下さい)

※ ご不明な点がございましたら、お電話にてお問い合わせください。TEL 072-625-7488(平日のAM8:30~PM5:00)

内田クリニックへの交通のご案内

バスを利用される場合

■近鉄バス

※JR京都線「茨木駅」又は阪急京都線「茨木市駅」から「阪大本部前」行き又は「(阪大本部前経由) 美穂が丘」行き 阪大病院前下車 (JRから約20分、阪急から約30分) 北北東へ約100m

■阪急バス

※地下鉄(御堂筋線)・北大阪急行「千里中央駅」から「阪大本部前」行き又は「(阪大本部前経由) 美穂が丘」行き 阪大病院前下車 (約20分) 北北東へ約100m

モノレールを利用される場合

■阪急京都線＝「南茨木駅」

■阪急千里線＝「山田駅」

■阪急宝塚線＝「蛍池駅」

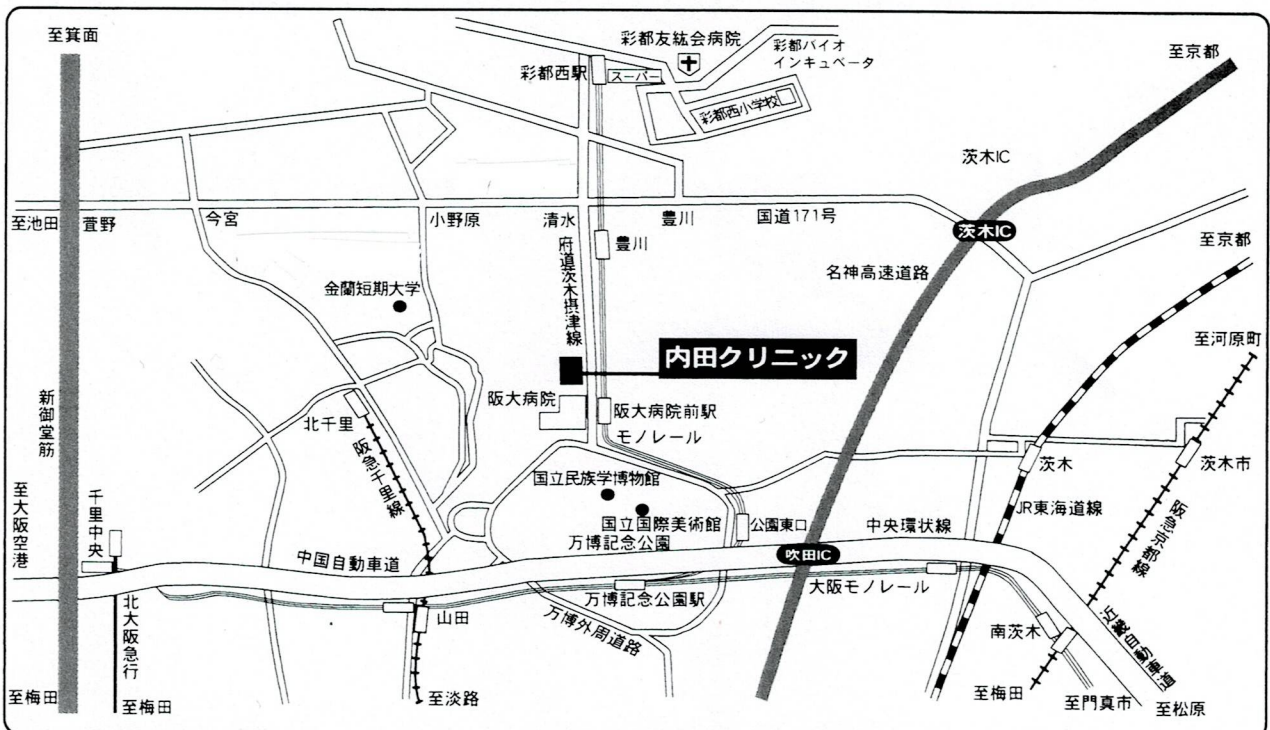
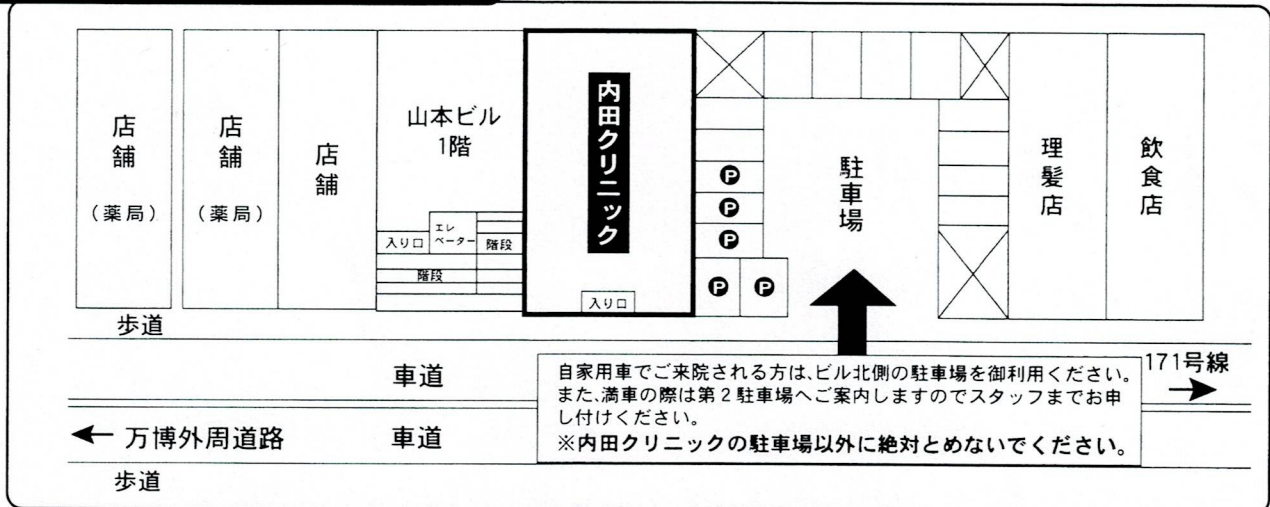
■地下鉄(御堂筋線)・北大阪急行＝「千里中央駅」

■地下鉄(谷町線)＝「大日駅」

■京阪本線＝「門真市駅」

から大阪モノレールに乗り継ぎ、
「万博記念公園駅」で彩都線に乗り換え、
「阪大病院前駅」下車 北へ約100m

内田クリニック近辺の地図



医療法人 友誼会

内田クリニック

〒567-0047 茨木市美穂ヶ丘3-6 山本ビル
TEL 072-625-7488 FAX 072-625-7458

ご紹介頂いた医療機関さま

患者様へお渡しください

MR I 検査問診票

MR I 検査は非常に強い磁場を利用しますので、検査に支障がないことを確認するため下記の質問にお答えください。

お名前 () 記入日 (年 月 日)

下記の項目にありが有れば、検査は出来ません（依頼医に連絡してください）

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| ☐ 心臓ペースメーカーを装着していますか | ☐ なし | ☐ あり |
| ☐ 体内に電子精密機器を装着していますか | ☐ なし | ☐ あり |
| ☐ 人工内耳・人工心臓弁をされていますか | ☐ なし | ☐ あり |
| ☐ 顔（特に目の中）や身体の中に金属片がありますか | ☐ なし | ☐ あり |

注 閉所恐怖症の方は検査ができない場合があります。依頼医にご相談ください。

下記の項目にありが有れば、手術、施術をされた施設にご相談ください

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ☐ 頭、心臓の手術の既往がありますか | ☐ なし | ☐ あり |
| ☐ 人工関節、人工骨頭がありますか | ☐ なし | ☐ あり |
| ☐ 血管にステント・クリップ・フィルターがありますか | ☐ なし | ☐ あり |
| ☐ 食道や胆管内にステントがありますか | ☐ なし | ☐ あり |
| ☐ 内視鏡の手術をうけたことがありますか | ☐ なし | ☐ あり |
| ☐ 眉やまぶた（アートメイク）、身体に入れ墨がありますか | ☐ なし | ☐ あり |
| └─▶（ありの方は施術施設に必ず確認してください） | | |
| ☐ 歯列矯正はありますか | ☐ なし | ☐ あり |
| └─▶（ありの方は歯科医に必ず確認してください） | | |

下記の項目にありが有れば、検査前に取り外してください

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| ☐ 取り外しのできる磁性体の義歯、義眼がありますか | ☐ なし | ☐ あり |
| ☐ カラーコンタクト（ディファイン等）をされていますか | ☐ なし | ☐ あり |
| ☐ ネイルアートは外して来てください（熱傷の恐れがあります。） | | |

【造影剤使用時は、下記の項目にチェック】

下記の項目にありが有れば、造影検査は出来ません

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| ☐ 喘息の既往がありますか | ☐ なし | ☐ あり |
| ☐ 今まで造影剤検査をして副作用がありましたか | ☐ なし | ☐ あり |
| ☐ 現在妊娠している、もしくは妊娠の可能性はありますか | ☐ なし | ☐ あり |
| ☐ 腎機能が悪いと言われたことがありますか | ☐ なし | ☐ あり |

以下は内田クリニック記入欄です

問診者：名前

検査の実施 ☐ 可 ☐ 不可

造影剤の使用 ☐ 可 ☐ 不可

問診確認医師：名前

※この問診票は検査当日に内田クリニック受付へお渡しください。