

【検査申込み書】

*予約申込書と合わせてFAXをお願いします。

※下記内容を確認していただき、必要な箇所にご記入をお願いします。

☐ 検査のみ希望☐ 検査＋結果説明まで希望

【検査項目】

M R I	造影希望 ☐ 有 ☐ 無 *有の場合は下記特記事項のチェックをお願いします。	C T	造影希望 ☐ 有 ☐ 無 *有の場合は下記特記事項のチェックをお願いします。
	☐ 頭部 ☐ 眼窩 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 腹部(肝・膵・腎) ☐ MRCP ☐ 骨盤 ☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 関節(部位:) ☐ 脳血管MRIアンギオ ☐ 四肢血管MRIアンギオ ☐ その他() <u>《特記事項:必ずチェックをお願いします。》</u> 脳動脈クリップ: ☐ 有 ☐ 無 心臓ペースメーカー: ☐ 有 ☐ 無 手術歴: ☐ 有 ☐ 無 体内金属: ☐ 有 ☐ 無 仰臥位での安静(約40分): ☐ 可 ☐ 不可		☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 骨盤 ☐ 心臓 ☐ その他() ☐ 心筋(☐ 運動負荷 ☐ 薬剤負荷) ☐ 骨 ☐ 腫瘍ガリウム ☐ 腫瘍タリウム ☐ 甲状腺 ☐ 脳血流 ☐ 腎 ☐ MIBG ☐ レノグラム ☐ 脳血流SPECT ☐ その他() <u>※現在の体重をご記入下さい。</u> () kg
		R I	
		その他	☐ 骨密度検査

【造影特記事項】

1、造影検査の既往	: ☐ 無 ☐ 有
*副作用(有の場合)	: ☐ 無 ☐ 有→症状()
2、アレルギー歴	: ☐ 無 ☐ 有
3、ぜんそく	: ☐ 無 ☐ 有
4、腎機能障害	: ☐ 無 ☐ 有
5、 β 遮断薬	: ☐ 無 ☐ 有()
6、ビグアナイド系糖尿病薬	: ☐ 無 ☐ 有()
<u>※3ヶ月以内の採血結果の添付をお願い致します。</u>	

《TONARIシステムを導入されている医療機関様へ》

* CT/MRIの検査のみを希望される場合は、直接TONARIシステムからのご予約をお願い致します。