

検査依頼票

医療法人社団聖嶺会
立川記念病院
〒309-1736 茨城県笠間市八雲2-12-14
Fax. 029-678-0518 TEL. 029-677-7211

フリガナ	
氏名	男・女
生年月日	西暦 年 月 日 才
連絡先	
住所	

予約日	年	月	日	時
紹介元病院名		ご担当者様		
住所				
Fax.		TEL.		

- 1. 希望する検査および検査項目にチェックを入れて下さい
- 2. MRIを希望される場合は事前チェックリストのご記入をお願い致します。

骨密度検査

DEXA（腰椎＋股関節）

CT検査

頭部 頸部 胸部 上下腹部 その他（ ）

検査目的

MRI検査

※ 身長・体重の記載をお願い致します。（身長： cm・体重： kg）

頭部 頸部 腹部 頸椎 胸椎 腰椎 肩関節（右・左） 肘関節（右・左）
手関節（右・左） 股関節 膝関節（右・左） 足関節（右・左） その他（ ）

検査目的

MRI用検査前チェック（正確に確認をお願いします）											
☐	心臓ペースメーカー	有	・	無	☐	入れ歯	有	・	無		
☐	人工内耳	有	・	無	☐	補聴器	有	・	無		
☐	脳動脈クリップ	有	・	無	☐	湿布・エレキバン・カイロ	有	・	無		
☐	人工関節	有	・	無	☐	アクセサリー類	有	・	無		
☐	腹部手術用クリップ	有	・	無	☐	磁気カード	有	・	無		
☐	固定用プレート	有	・	無	☐	カラーコンタクト	有	・	無		
☐	義足・義手・義眼	有	・	無	☐	金具付き衣類	有	・	無		
☐	その他 体内金属	有	・	無	☐	経皮吸収貼付剤	有	・	無		

上記の体内金属およびMRIの安全性について確認された先生のご署名をお願い致します。

記入日 年 月 医師名

手術経験があれば具体的にご記入ください。

妊娠 ☐ 無	妊娠中、妊娠の可能性のある方は原則お断りしています。
-------------------------------	----------------------------

※上記検査予約時間の30分前にご来院ください