

患者氏名ご記入ください。→

	様
--	---

● “CT検査”、“MRI検査”、“骨密度検査”をご希望の場合は、必ず該当する項目を選択してください。

長時間静止	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 不可能
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
妊娠(可能性を含む)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

【”あり””不可能”がある場合には検査をお断りする場合がありますので患者さんにご説明ください。】

● “MRI”検査をご希望の場合は、必ず該当する項目を選択してください。

MRI検査は強力な磁石と電波を使って体の中を撮像するため検査を受けられない事があります。検査を安全に受けていただくために以下の質問に「はい」、「いいえ」のどちらかを選択ください。

① 心臓のペースメーカー、植え込み除細動器、脳刺激電極を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
② その他、体内に電子機器(※)がありますか。 (※)カプセル内視鏡、人工中耳・内耳、インシュリンポンプ、心電用データレコーダ、リブレ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
③ 手術や針治療、外傷等により体内に金属(※)が入っていますか。 (※)動脈瘤クリップ、塞栓用コイル、ステント、CVポート、義眼、人工心臓弁、VPシャント、手術時プレート・ボルト・ワイヤ・クリップ、人工骨頭、人工関節、おき針、金属避妊具、事故・けがによる金属破片等	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
④ 取外し可能な入れ歯(磁石を使った物を含む)または歯科矯正をしていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑤ 入れ墨・アイメイクはありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑥ かつら(粉末状の人工毛も含む)を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑦ 2か月以内に胃カメラ・大腸ファイバー検査を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑧ 女性の方へ。現在妊娠している、もしくは妊娠の可能性がありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑨ 現在の身長・体重を教えてください。	()cm	()kg

● “骨密度検査”をご希望の場合は、必ず該当する項目を選択してください。

① 腰椎に体内金属がありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
② 股関節に体内金属がありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
③ 検査予定日より、14日以内に造影剤を使用した検査(バリウム、造影CT)の実施 ※腹部にバリウム等の造影剤を認めた場合、測定ができない事があります。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
④ 現在の身長・体重を教えてください。	()cm	()kg
⑤ 前回の骨密度検査日から4か月開いていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ