

CT・MRI 検査 必要用紙一覧

ご依頼検査の必要用紙は、各用紙の“右上番号”と照らし合わせて下さい。

| CT 検査 | | | | |
|-----------------------------------|-------|-----------------------|--|-----------------------|
| 検査部位 | | 頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤腔・四肢・脊椎 | | |
| 検査用紙 | 単純・造影 | 単純 | | 造影 |
| | 造影剤 | — | | オイパロミン (ヨード系 造影剤) |
| 単純X線CT検査 予約票 井上病院地図 | ピンク | ① | | 患者さま用 |
| 単純X線CT検査の説明と同意書 | ピンク | ② | | 放射線科用 FAX・当院へ |
| 造影X線CT検査 予約票 井上病院地図 | ピンク | | | ③ 患者さま用 |
| 造影X線CT検査 説明書 | ピンク | | | ④ 患者さま用 |
| 造影X線CT検査の説明と同意書 | ピンク | | | ⑤ 放射線科用 FAX・当院へ |
| 造影X線CT検査を受けられる 患者さまへ (問診票・同意書) | ピンク | | | ⑥ 放射線科用 FAX・当院へ |

| MRI 検査 | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|-------|------------------------|--------|----|--------|--------|-------|-------------|------------------|
| 検査部位 | | 頭部・頸部・胸部(乳腺)・骨盤腔・四肢・脊椎 | | | 腹部 | | | | |
| 検査用紙 | 単純・造影 | 単純 | 造影 | 単純 | 造影 | 肝臓 | | MRCP | |
| | 造影剤 | — | マグネビスト | — | マグネビスト | プリモビスト | リソビスト | 単純 ポーステル | |
| 単純MRI検査 予約票 井上病院地図 | ブルー | ① | | ① | | | | | 患者さま用 |
| MRI検査を受けられる患者さまへ (問診票・同意書) | ブルー | ② | ② | ② | ② | ② | | ② | 放射線科用 FAX・当院へ |
| 造影MRI検査 予約票 井上病院地図 | ブルー | | ③ | | ③ | ③ | | | 患者さま用 |
| Gd系造影MRI検査 説明書 | ブルー | | ④ | | ④ | | | | 患者さま用 |
| Gd系造影MRI検査を受けられる 患者さまへ (問診票・同意書) | ブルー | | ⑤ | | ⑤ | | | | 放射線科用 FAX・当院へ |
| 肝臓造影MRI検査 説明書 | イエロー | | | | | ⑥ | | | 患者さま用 |
| 肝臓造影MRI検査を受けられる 患者さまへ (問診票・同意書) | イエロー | | | | | ⑦ | | | 放射線科用 FAX・当院へ |
| MRCP検査 予約票 井上病院地図 | グリーン | | | | | | | ⑧ | 患者さま用 |
| MRCP検査 説明書 | グリーン | | | | | | | ⑨ | 患者さま用 |