

① 診療情報提供書(CT・MRI検査申込書)

(お申込みの方法)

1. コールセンターのフリーダイヤルに電話して検査日時をご予約下さい
2. ①②③(複写)をご記入のうえ、②診療情報提供書のみ封書にして下さい
3. 3ページ目の③を患者様のご案内用として封書と一緒にお渡し下さい

TEL 0120-169-984
 FAX 0836-54-0221
 お申し込みは、
 月～金 9:00～17:00
 土 9:00～12:00

予約受付

(このページは依頼医師の控えです)

予約日時	年 月 日 (午前・午後)		時 分	受付
貴院ID	フリガナ		男・女	
	氏名			
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 () 歳			
電話番号	自宅 () 携帯 ()			
医療機関名	姓 名	医師	科	
<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 自費		医師連絡先		
病名(疑い)				
検査目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> スクリーニング <input type="checkbox"/> 転移検索 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治療効果判定 (その他・検査によりお知りになりたいことがあれば具体的にお書き下さい)			
現病歴、既往歴症状及び治療経過、検査所見(できるだけ詳細に)				
		画像データCD 要・不要		
依頼項目	検査種別	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI		
	撮影部位	頭部()・頸部()・胸部() 頸椎・胸椎・腰椎・仙椎 関節[肩・膝・肘・股・他()](左・右) 上肢・下肢、腹部(肝・胆・膵・腎・ダイナミック・MRCP)、骨盤腔 大血管()、心臓、その他()		
造影	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要(体重) <input type="checkbox"/> 検査医に委任			
CT・MRI共通 ○来院方法 歩行・車椅子・ストレッチャー ○心臓ペースメーカー 体内除細動器 無・有(機種) ○妊娠の可能性 無・有 ○感染症 無・有(種類)		造影検査の確認事項 ○気管支喘息 無・有 ○造影剤アレルギー 無・有(種類) ○糖尿病薬内服 無・有(薬剤名) ○腎機能障害 無・有(Cr mg/dL) ※検査日から3ヶ月以内の検査結果		
MRIの確認事項 ○体内金属 無・有(種類) 上記金属はMRIに対応(はい・いいえ) ○刺青・アートメイク 無・有 ○過去にMRIを受けたことがある ある・ない		○閉所恐怖症 無・有 ○認知症 無・有 ○仰臥位での30分安静 可・不可 ○鎮静 不要・要		

※体内金属が「有」で、材質が不明の場合にはMRI検査はできません。
 ※CT検査でもペースメーカーが埋めこまれている場合には機種により検査できない事があります。
 ※入院中の患者様については算定入院料が必要となります。

② 診療情報提供書(CT・MRI検査申込書)

(お申込みの方法)

1. コールセンターのフリーダイヤルに電話して検査日時をご予約下さい
2. ①②③(複写)をご記入のうえ、②診療情報提供書のみ封書にして下さい
3. 3ページ目の③を患者様のご案内用として封書と一緒にお渡し下さい

TEL 0120-169-984
 FAX 0836-54-0221
 お申し込みは、
 月～金 9:00～17:00
 土 9:00～12:00

予約受付

(このページに必要事項を記入のうえ、封書にして患者様にお渡し下さい)

予約日時	年 月 日 (午前・午後)		時 分	受付
貴院ID	フリガナ		男・女	
	氏名			
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 () 歳			
電話番号	自宅 () 携帯 ()			
医療機関名	姓 名	医師	科	
<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 自費		医師連絡先		
病名(疑い)				
検査目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> スクリーニング <input type="checkbox"/> 転移検索 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治療効果判定 (その他・検査によりお知りになりたいことがあれば具体的にお書き下さい)			
現病歴、既往歴症状及び 治療経過、検査所見 (できるだけ詳細に)				
			画像データCD	要・不要
依頼項目	検査種別	<input type="checkbox"/> CT		<input type="checkbox"/> MRI
	撮影部位	頭部()・頸部()・胸部() 頸椎・胸椎・腰椎・仙椎 関節[肩・膝・肘・股・他()](左・右) 上肢・下肢、腹部(肝・胆・膵・腎・ダイナミック・MRCP)、骨盤腔 大血管()、心臓、その他()		
造影	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要(体重_____)		<input type="checkbox"/> 検査医に委任	
CT・MRI共通 ○来院方法 歩行・車椅子・ストレッチャー ○心臓ペースメーカー 体内除細動器 無・有(機種) ○妊娠の可能性 無・有 ○感染症 無・有(種類)		造影検査の確認事項 ○気管支喘息 無・有 ○造影剤アレルギー 無・有(種類) ○糖尿病薬内服 無・有(薬剤名) ○腎機能障害 無・有(Cr _____ mg/dl) ※検査日から3ヶ月以内の検査結果		
MRIの確認事項 ○体内金属 無・有(種類) 上記金属はMRIに対応(はい・いいえ) ○刺青・アートメイク 無・有 ○過去にMRIを受けたことがある ある・ない		○閉所恐怖症 無・有 ○認知症 無・有 ○仰臥位での30分安静 可・不可 ○鎮静 不要・要		

※体内金属が「有」で、材質が不明の場合にはMRI検査はできません。
 ※CT検査でもペースメーカーが埋めこまれている場合には機種により検査できない事があります。
 ※入院中の患者様については算定入院料が必要となります。

CT・MRI 検査申込票

当院より、事前に検査の注意事項等のご連絡をさせていただきますが、
ご都合の悪い方は下記のフリーダイヤルまでお知らせ下さい。

(患者様のご案内用にお渡し下さい)

予約日時	年	月	日 (午前・午後)	時	分	受付
貴院ID	フリガナ					男・女
	氏名					
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日 ()	歳	
電話番号	自宅 ()		携帯 ()			

検査予約の**変更・キャンセル**やご質問などがございましたら、当センターまでご連絡下さい。

医療法人聖比留会 **セントヒル病院** セムイPET・画像診断センター

受付 (コールセンター) **フリーダイヤル 0120-169-984** FAX 0836-54-0221

(受付時間:月~金9:00~17:00、土9:00~12:00)

または病院代表 0836-51-5111 (上記時間外)

- ①予約時間15分前までに、セムイPET・画像診断センター (3F)へお越し下さい。
- ②検査日にご持参いただくもの：健康保険証、本申込票、主治医からお預かりした場合はCT等の検査フィルム
- ③検査時間の変更や検査予約の取消しは検査前日(平日)の昼(12:00)までに、また検査に遅れる場合早めに、上記連絡先へご連絡下さい。
- ④検査費用の目安は、保険適応(3割負担)でCT(造影なし)約6,000~8,000円、CT(造影あり)約15,000円、MRI(造影なし)約10,000円、MRI(造影あり)約15,000円です(若干の増減があります)。
- ⑤このCT・MRI検査申込書に記載されている個人情報、CT・MRI検査以外には使用いたしません。

<アクセス>

- ・宇部の各ICから車で約10分
- ・山口大学医学部附属病院から車で約20分
- ・新山口駅から車で約30分
- ・山口宇部空港から車で約15分
- ・JR床波駅から車で約5分
- ・宇部市営バス萩原線 東萩原バス停にて下車すぐ



※厚南セントヒル病院とお間違えないように
御来院下さい。

セントヒル病院 セムイPET・画像診断センター

CT検査及びMRI検査を受けられる方へ

1. CTまたはMRI造影検査が予定されている方で、気管支喘息やアレルギーをお持ちの方、以前に同様の検査で気分の悪くなられたご経験のある方は事前にお申し出下さい。

2. CT検査を受けられる方へ

1) 検査時間は5～15分です（部位によって異なります）。

2) 造影CT検査及び腹部CT検査を受けられる方の注意事項

①検査予約時間の4時間前まではお食事をとらないでください。お茶などの水分はとって頂いてかまいません。

内服薬は医師の指示がない限り通常通り服用頂いて結構です。

3) その他の部位のCT検査を受けられる方

①食事の制限はありません。内服薬も通常通り服用して頂いて結構です。

4) 妊娠中の方は原則として検査は行いません。

5) 検査部位によっては検査着に着替えたり、ヘアピンやイヤリング、ピアス、入れ歯等はずして頂く場合があります。

6) ペースメーカー、体内自動除細動器を持っている方は、検査を受けられない事がありますので、事前に主治医にご相談下さい。

3. MRI検査を受けられる方へ

1) 検査時間は約30分から1時間程度です（部位によって異なります）。

2) 造影MRI及び腹部MRI検査を受けられる方の注意事項

①検査予約時間の4時間以内にはお食事をとらないで下さい。お茶などの水分はとって頂いてかまいません。但し、腹部MRI検査の場合は、水分もとらないで下さい。

内服薬は医師の指示がない限り通常通り服用して頂いて結構です。

3) その他のMRI検査を受けられる方

①食事の制限はありません。内服薬も通常通り服用頂いて結構です。

4) 下記の場合、**MRI検査は受けられません**

①ペースメーカー、体内自動除細動器、骨成長刺激装置、体内神経刺激装置、人工内耳、注入ポンプ、電気的および機械的に作動する体内埋込み機器を持つ方

②MRI検査のできる確認がとれない血管クリップ（頭蓋内動脈瘤クリップ等）を持つ方。

③磁性体金属が体内にある方、体外金属がはずれない方。

④刺青のある方、妊娠の可能性のある方・妊娠中の方、高度の閉所恐怖症のある方、アートメイクのある方はお問い合わせ下さい。

5) 次に該当するものは更衣室備え付けロッカーに入れるか、もしくは付添いの方に預けて下さい。ロッカーは、必ず鍵をかけて担当職員または技師に預けて下さい。また盗難・故障等については一切の責任を負いかねますので、貴重品・装身具は出来る限り持参しないで下さい。

①磁気カード（クレジットカード、キャッシュカード、定期券、診察カード等）

②健康器具（磁気バンド、磁気ネックレス、エレキバン、カイロ、湿布薬、万歩計、その他）

③装身具（ネックレス、ヘアピン、ブレスレッド、指輪、ピアス、ベルト、かつら等）

④金属類（時計、携帯電話、眼鏡、補聴器、小銭、鍵、ライター、クリップ、電卓、その他）

6) 下着には金属が無いものを着用ください。

ヒートテックなどの発熱素材を使用した衣類はお避け下さい。

7) 化粧品（マスカラ・アイラインなど）は、やけどをきたす可能性がありますので落として下さい。

8) 発熱による角膜や眼球への障害の可能性がある為、コンタクトレンズを使用しての検査はできません。事前にケースなどコンタクトレンズを外す準備をお願いします。

9) 狭心症の症状を改善する貼り薬（ニトロダーム）、禁煙補助剤等の経皮吸収剤を使用しての検査は火傷を引き起こす恐れがあるため検査は出来ません。

10) 人工心臓弁・冠動脈ステント・義眼・義足・義手を装着されておられる方、歯科磁気インプラント、人工骨等の金属類を体内に埋め込んでおられる方、人工肛門をされておられる方、肝臓・腎臓に障害のある方、甲状腺機能亢進症がある方はスタッフ（医師・看護師・技師）に申し出て下さい。

4. 糖尿病の方は検査の食事制限により血糖値に影響があります。主治医にご相談ください。

その他、わからない事があればご遠慮なくスタッフにお尋ね下さい