

撮影前チェックリスト（開業医様用）

鳥取医療センター放射線科 御中

平成 年 月 日 CT ・ MRI 撮影予定の 様について、
下記事項を確認しましたのでお知らせします。

（CT）

- | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 妊娠または妊娠の可能性 | 有 | ・ | 無 |
| <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー使用 | 有 | ・ | 無 |

（MRI）

- | | | | |
|--------------------------------------|---|---|----|
| <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー使用 | 有 | ・ | 無 |
| <input type="checkbox"/> 体内埋め込み金属 | 有 | ・ | 無 |
| ※有の場合はその部位（ ） | | | |
| <input type="checkbox"/> 不整脈・てんかんの既往 | 有 | ・ | 無 |
| <input type="checkbox"/> 妊娠または妊娠の可能性 | 有 | ・ | 無 |
| <input type="checkbox"/> 入れ歯・差し歯 | 有 | ・ | 無 |
| <input type="checkbox"/> 長時間の仰臥位 | 可 | ・ | 不可 |
| <input type="checkbox"/> 刺青（いれずみ） | 有 | ・ | 無 |
| <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 | 有 | ・ | 無 |

確認日

平成 年 月 日

医療機関名

医師名

FAX

TEL

※撮影予定日前日までに確認をお願いいたします。