

MRI・CT検査予約依頼票 (診療情報提供書)

医療法人社団 三成会
新百合ヶ丘総合病院

地域医療連携室 TEL (044) 322-8113
FAX (044) 322-0180

放射線科 先生
検査日 年 月 日
希望検査 ☐ MRI ☐ CT

依頼日 . .

依頼病医院名	
依頼医師名	
T E L	

新百合ヶ丘総合病院 I D	
患者様氏名	様 (男・女) M・T・S・H 年 月 日生
患者様住所	電話番号 - 当院受診歴 (有・無)
現病歴及び家族歴	
薬物アレルギー 有・無 () ※資料持参 (有無) X線フィルム・心電図・検査記録・その他	

傷病名 紹介(検査) 症状経過及び検査結果 治療経過 現在の処方	検査部位	1	頭部 (脳・脳幹・脳下垂体・眼窩視束管・骨条件)	()
		2	頭頸部 (甲状腺・副鼻腔・耳下腺・咽頭・喉頭・リンパ節・他)	()
		3	脊椎 (C ~ ・Th ~ ・Ls ~)	()
		4	胸部 (肺・縦隔・心臓・大動脈・乳腺)	()
		5	腹部 (肝・胆・膵・脾・腎・副腎)	()
		6	骨盤腔 (腸・子宮・卵巣・膀胱・前立腺・骨盤骨)	()
		7	四肢 (上肢・下肢・肩・肘・股・膝・足・股関節)	()
		8	MRA (脳・頸部・胸部・腹部・骨盤・下肢)	()
		9	MRCP ()	()
		10	その他 (希望事項:	()
造影剤 ☐ 無 ☐ 有				
撮影技師				
撮影方法	T1強調 (横断面・冠状断面・矢状断面) T2強調 (横断面・冠状断面・矢状断面) FLAIR (横断面・冠状断面・矢状断面) DWI (横断面・ 造影T1強調 (横断面・冠状断面・矢状断面) その他 ()			
所見	スライス 厚 3mm 5mm 7mm 10mm	単純・造影・dynamic (薬品名・量)		
		CT-Angio (3D)・Angio-CT (造影剤名)		
Impression		M.D		
Radiologist:		M.D		

MRI・CT検査予約依頼票 (診療情報提供書)

医療法人社団 三成会
新百合ヶ丘総合病院

地域医療連携室 TEL (044) 322-8113
FAX (044) 322-0180

放射線科先生

検査日 年 月 日

希望検査 ☐ MRI ☐ CT

依頼日 . .

依頼病医院名	
依頼医師名	
T E L	

新百合ヶ丘総合病院 I D

患者様氏名様 (男・女) M・T・S・H 年 月 日生

患者様住所電話番号 - 当院受診歴 (有・無)

現病歴及び家族歴

薬物アレルギー 有・無 () ※資料持参 (有無) X線フィルム・心電図・検査記録・その他

傷病名 紹介(検査) 症状経過及び検査結果 治療経過 現在の処方	検査部位	1	頭部 (脳・脳幹・脳下垂体・眼窩視束管・骨条件)	)
		2	頭頸部 (甲状腺・副鼻腔・耳下腺・咽頭・喉頭・リンパ節・他)	)
		3	脊椎 (C ~ ・Th ~ ・Ls ~)	)
		4	胸部 (肺・縦隔・心臓・大動脈・乳腺)	)
		5	腹部 (肝・胆・膵・脾・腎・副腎)	)
		6	骨盤腔 (腸・子宮・卵巣・膀胱・前立腺・骨盤骨)	)
		7	四肢 (上肢・下肢・肩・肘・股・膝・足・股関節)	)
		8	MRA (脳・頸部・胸部・腹部・骨盤・下肢)	)
		9	MRCP ()	)
		10	その他 (希望事項:)	)
造影剤 ☐ 無 ☐ 有				
撮影技師				
撮影方法	T1強調 (横断面・冠状断面・矢状断面) T2強調 (横断面・冠状断面・矢状断面) FLAIR (横断面・冠状断面・矢状断面) DWI (横断面・) 造影T1強調 (横断面・冠状断面・矢状断面) その他 ()			
所見	スライス 厚 3mm 5mm 7mm 10mm		単純・造影・dynamic (薬品名・量)	
			CT-Angio (3D)・Angio-CT (造影剤名)	
Impression		M.D		
Radiologist:		M.D		

新百合ヶ丘総合病院で検査を受けられる方へ

あなたの検査日は 年 月 日 曜日 午前 時 分からです。
午後 時 分からです。



CT検査を受けられる患者様へ（注意していただきたいこと）

- ・この検査は全身の断層像を撮影し、体の構造や臓器の状態を調べる検査です。
 - ・全身の状態を観察しますので化粧、口紅、マニキュア等は控えて下さい。
 - ・万一妊娠徴候がありましたら主治医へ連絡してください。
 - ・じんま疹・くしゃみ等、前回の造影剤検査で何か反応がありましたら申し出てください。
 - ・造影剤を使用する場合、副作用（重篤な副作用は、6,000人に一人、死亡は10万人ないし16万人に一人）がない訳ではありませんが、万全の治療体制をとって行ないます。
1. 予約時間の20分前までに総合受付にお越しください。
 2. 腹部の場合、午前の予約では朝食を、午後の予約では昼食をとらないで下さい。（水分の制限はありません）
 3. 頭部検査以外の患者様は検査着に着替えて頂きます。
 4. 検査部位により、水を飲んだり、注射をする場合があります。



MRI検査を受けられる患者様へ（注意していただきたいこと）

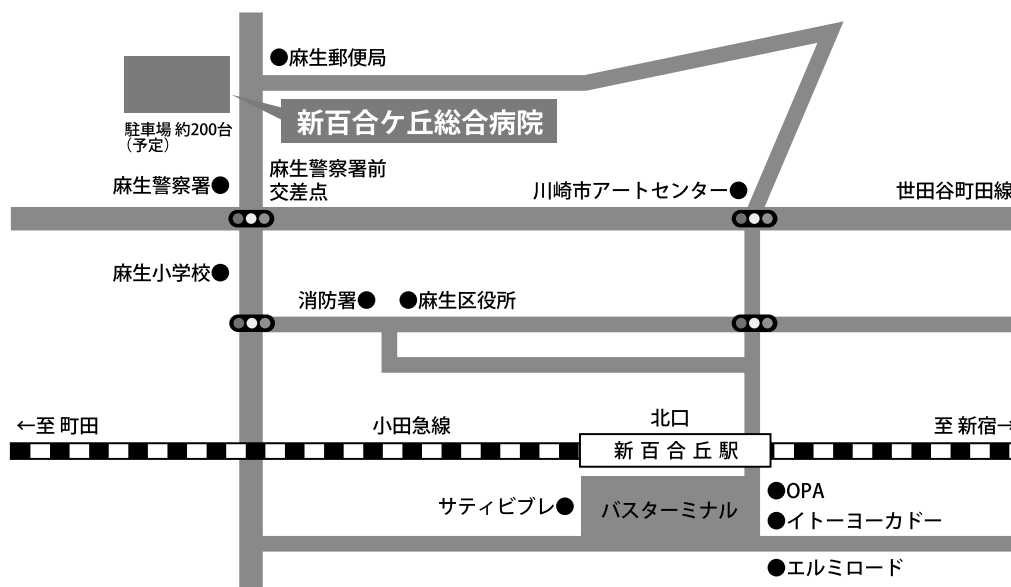
- ・この検査は磁気を利用して体の構造や臓器の状態を調べる検査です。
 - ・検査は15分から30分かかります。検査中ドラムを打つような音がしますが、体に及ぼす影響はありません。
 - ・お化粧はしないで検査に来て下さい。
- ※次の方は検査を受けられませんご注意ください。
- 心臓ペースメーカーを使用している方。
 - 動脈瘤クリップのある方。
 - 入れ墨のある方で、塗料に金属が多量に含まれている方。
 - 造影剤を使用する場合、副作用がない訳ではありませんが、万全の治療体制をとって行ないます。
MRI用造影剤の副作用はCT用造影剤より副作用の少ないことが知られています。
1. 予約時間の20分前までに総合案内にお越しください。
 2. 腹部の場合、午前中の予約では朝食を、午後の予約では昼食をとらないで下さい。
 3. 次のものを取り外しておいてください。
 - 金属製のもの（時計・眼鏡・義歯・マグネット義歯・ヘアピン・アクセサリ類・ベルト等）
 - 磁気を使用した製品（キャッシュカード・クレジットカード・テレホンカード
診察券・定期券・ピップエレキバン・ホッカイロ等）
 - 金属の付いている下着（スリッパ・ブラジャー・ボディースーツ等）
 - 酸素ボンベ・吸引器・シリンジポンプ・かんし等は持ち込めません。
 4. 検査着に着替えて頂きます。
衣類と貴重品は更衣室ロッカーに鍵をして保管してください。
 5. 検査部位により、水を飲んだり、注射をする場合があります。



検査に関するお問い合わせは、下記までご連絡下さい。

新百合ヶ丘総合病院 地域医療連携室 電話 (044) 322-8113

案内図



交通

- 新宿から25分／小田急線快速急行利用
- 小田急線「新百合ヶ丘駅」から…徒歩約10分

