

MRI 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

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

放射線科 _____ 先生 _____

検査日 年 月 日

依頼日	年 月 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

ふりがな _____

患者様氏名 _____ 様 (男・女) _____ 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 _____

撮像方法	T 1 強調 (横断面・冠状断面・矢状断面)	T 2 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)	D W I (横断面・ _____)
	造影 T 1 強調 (横断面・冠状断面・矢状断面)	その他 (_____)

検査部位	1 頭部 (脳・下垂体・眼窩視束管 _____)	
	2 頭頸部 (甲状腺・副鼻腔・唾液腺・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 (肩・肘・膝・足・股関節・手関節・足関節・手 _____)	
	8 MRA (脳・頸部・胸部・腹部・骨盤・下肢 _____)	
	9 その他 (希望事項: _____)	

撮影技師: _____

MRI 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

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

放射線科 _____ 先生 _____

検査日 年 月 日

依頼日	年 月 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

ふりがな
患者様氏名 _____ 様 (男・女) _____ 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

撮像方法	T 1 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) 造影 T 1 強調 (横断面・冠状断面・矢状断面)	T 2 強調 (横断面・冠状断面・矢状断面) D W I (横断面・ _____) その他 (_____)
------	--	--

検査部位	1 頭部 (脳・下垂体・眼窩視束管 _____)	
	2 頭頸部 (甲状腺・副鼻腔・唾液腺・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 (肩・肘・膝・足・股関節・手関節・足関節・手 _____)	
	8 MRA (脳・頸部・胸部・腹部・骨盤・下肢 _____)	
	9 その他 (希望事項: _____)	

撮影技師: _____

MRI検査を受けられる患者様へ

- 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。

【 注意事項 】

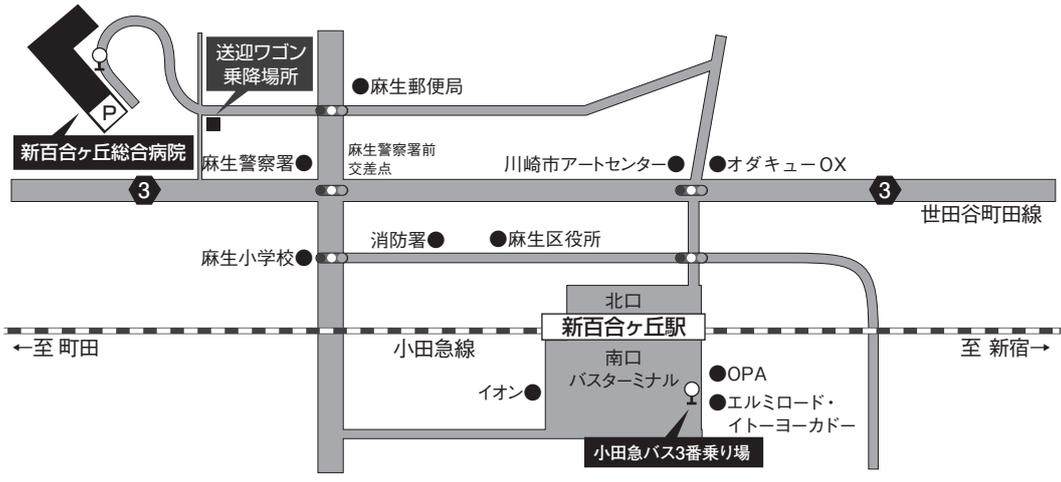
- 心臓ペースメーカー 除細動器 人工内耳を使用されている方は、検査を受けられませんのでご注意ください。
- 検査部位が腹部～骨盤である患者様は、以下の点にご確認ください。
 - 午前の場合には朝食を摂らないでください。
 - 午後の場合には昼食を摂らないでください。
- 以下の項目に当てはまる方は必ず医師または放射線科スタッフにご確認ください。
 - 体内に金属物がある方
脳動脈瘤クリップ・金属コイル・ステント・人工関節・義眼・避妊リング・体内異物
 - 妊娠中または妊娠している可能性がある方
 - 入れ墨・アートメイクがある方
 - ニトログリセリン真皮浸透絆創膏を使用している方
 - 閉所恐怖症の方
 - 磁石を利用した義歯(インプラント)がある方
 - その他
義歯・ピン止め・貴金属類・キャッシュカード・ベルト・ライター・財布・携帯電話・腕時計・補聴器・使い捨てカイロ・鍵・駐車場カード等の磁気カード類は検査室に持ち込めません。
- お化粧はしないで検査に来てください。
- コンタクトレンズは外してからの検査になりますので、必ず保存ケースを持参してください。
- 「持続自己血糖測定器」を装着している患者様は検査時間までにあらかじめ外していただきますようお願いします。

【 検査手順 】

1. 予約時間の 30 分前までに総合案内にお越しください。
※救急患者様を優先して検査させていただく場合があります。
2. 上記の(注意事項)の項目を検査スタッフが再度確認いたします。また、取り外し可能なものは検査前室の更衣室ロッカーに鍵をして保管してください。
3. 検査着に着替えていただきます。
4. 検査部位により、薬を飲んだり注射をする場合があります。

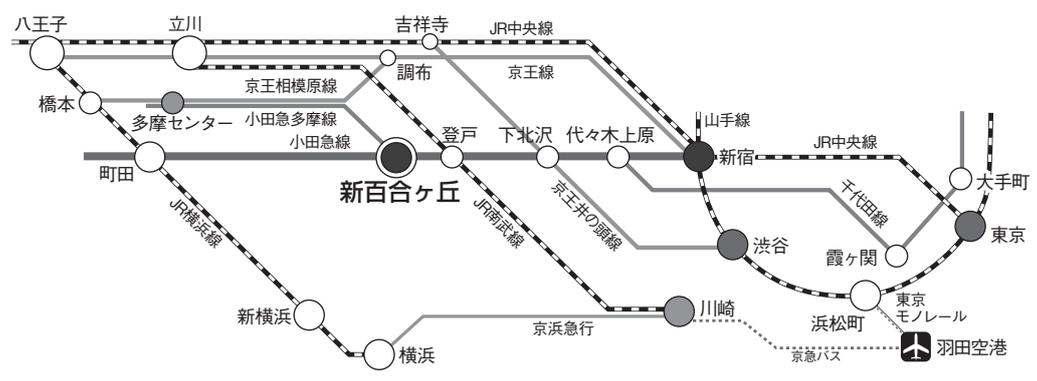
交通アクセス

周辺マップ



- 小田急線「新百合ヶ丘駅」から…徒歩約10分
（病院敷地内 建物までは急な上り坂につき、坂下より無料送迎車あり）
- 新百合ヶ丘駅南口小田急バス3番乗り場から直通バス運行…約5分

アクセス



- ◎新宿から小田急線快速急行利用…約21分
小田急線新宿駅より小田急線快速急行にて「新百合ヶ丘駅」下車