

MR I ・ C T 検査依頼票（診療情報提供書）

ご利用とお願い

1. 本書は4枚綴りで1組となっております。
 - 1・3枚目を封筒に入れ、患者さまへお渡し下さい。
 - 2枚目は、貴院さま控えです。
 - 4枚目は、患者さま用の説明書です。切り離してお渡し下さい。
2. 名刺や葉書による患者さまの御紹介は保険算定上の紹介となりませんので、選定療養費を患者さまから頂くこととなります。本紹介状または貴院でお使いの用紙をご使用下さい。
3. ご不明な点がございましたら、お問い合わせ下さい。

【検査予約連絡先】 03-5340-5770（画像診断受付直通）
03-6382-4460（FAX）

杏林大学杉並病院

〒166-0012 東京都杉並区和田2-25-1
電話 03-3383-1281（代表）

MR I ・ C T 検査依頼票 (診療情報提供書)

年 月 日

フリガナ 氏名 様 男・女 生年月日 西暦・明・大・昭・平 年 月 日 歳	依頼元医療機関名所在地 医師氏名
住所	電話
●予約日時 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分	
臨床診断/検査目的 撮影指示 (特殊指示・撮影方向・具体的部位) <input type="checkbox"/> Axial <input type="checkbox"/> Sagittal <input type="checkbox"/> Coronal <input type="checkbox"/> その他	
検査方法 <input type="checkbox"/> MR I <input type="checkbox"/> C T	※原則として造影はいたしません 希望される場合は、予約時にお知らせ下さい。
画像の提供方法 <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> C D - R	※読影レポートは後日、郵送させていただきます。

●検査部位 (※ 1回の検査は 1部位のご依頼とさせていただきます。)

<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 脊椎	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 四肢
(以下の詳細についてもチェックをお願いします。)						
<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 咽頭・喉頭	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 肺野	<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 子宮・卵巣	<input type="checkbox"/> 膝 右・左
<input type="checkbox"/> 脳動脈 (MRA)	<input type="checkbox"/> 頸動脈 (MRA)	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 縦隔	<input type="checkbox"/> 胆嚢・胆道	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 股関節
<input type="checkbox"/> 下垂体	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 大動脈	<input type="checkbox"/> 脾臓	<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 肩 右・左
<input type="checkbox"/> 側頭骨	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 仙椎	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 腎臓	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 肘 右・左
<input type="checkbox"/> 内耳道	()	<input type="checkbox"/> その他	()	<input type="checkbox"/> 大動脈	()	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 副鼻腔		()		<input type="checkbox"/> その他		__ 関節右・左
<input type="checkbox"/> その他				()		__ 骨 右・左
()						()

● 3枚目のチェックシートへの記入を必ずお願いします。

- 1・3枚目を封筒に入れ、患者さまへお渡し下さい。
- 2枚目は、貴院さま控です。
- 4枚目は、患者さま用の説明書です。切り離してお渡し下さい。

MRI・CT検査依頼票（診療情報提供書）

年 月 日

フリガナ 氏名 生年月日 西暦・明・大・昭・平 年 月 日 歳	様 男・女	依頼元医療機関名所在地
住所	電話	— —
●予約日時	年 月 日 (曜日)	午前・午後 時 分
臨床診断／検査目的		
撮影指示（特殊指示・撮影方向・具体的部位） <input type="checkbox"/> Axial <input type="checkbox"/> Sagittal <input type="checkbox"/> Coronal <input type="checkbox"/> その他		
検査方法	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT	※原則として造影はいたしません 希望される場合は、予約時にお知らせ下さい。
画像の提供方法	<input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-R	※読影レポートは後日、郵送させていただきます。

●検査部位（※1回の検査は1部位のご依頼とさせていただきます。）

<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 脊椎	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 四肢
(以下の詳細についてもチェックをお願いします。)						
<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 咽頭・喉頭	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 肺野	<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 子宮・卵巣	<input type="checkbox"/> 膝 右・左
<input type="checkbox"/> 脳動脈(MRA)	<input type="checkbox"/> 頸動脈(MRA)	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 縦隔	<input type="checkbox"/> 胆嚢・胆道	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 股関節
<input type="checkbox"/> 下垂体	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 大動脈	<input type="checkbox"/> 脾臓	<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 肩 右・左
<input type="checkbox"/> 側頭骨	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 仙椎	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 腎臓	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 肘 右・左
<input type="checkbox"/> 内耳道	()	<input type="checkbox"/> その他	()	<input type="checkbox"/> 大動脈	()	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 副鼻腔		()		<input type="checkbox"/> その他		__ 関節右・左
<input type="checkbox"/> その他				()		__ 骨 右・左
()						()

●3枚目のチェックシートへの記入を必ずお願いします。

- 1・3枚目を封筒に入れ、患者さまへお渡し下さい。
- 2枚目は、貴院さま控です。
- 4枚目は、患者さま用の説明書です。切り離してお渡し下さい。

ご紹介くださる先生方へ

下記必要事項をチェック、記入して下さい。

年 月 日

フリガナ 氏名 生年月日 西暦・明・大・昭・平 年 月 日 歳	性別 男・女 様	依頼元医療機関名所在地
住所	電話	医師氏名
●予約日時	年 月 日 (曜日)	午前・午後 時 分

MR I 検査をご依頼いただく場合

被検者チェックリスト (依頼医師が記入して下さい)

- (1) 患者の状態 独歩 車椅子 ストレッチャー
- (2) 妊娠初期(16週以内)の可能性 無 有 (検査不可)
- (3) 以下につきましては嚴重にチェックをお願いします
 - 心臓ペースメーカー・人工内耳、その他電子装置を埋め込んでいる方 無 有 (検査不可)
 - 磁力で装着する入れ歯 無 有 (検査不可)
 - 磁力で装着する義眼 無 有 (検査不可)
 - 刺青・アートメイク 無 有 (検査不可)
 - クリップ(脳動脈ほか) 無 有 (手術の時期 年: 存在場所・材質)
 - 金属(整形外科ほか) 無 有 (手術の時期 年: 存在場所・材質)
 - 体内に異物がある 無 有
 - 閉所恐怖症 無 有

MRC Pをご依頼の場合

経口造影剤(ボースデル等鉄剤)の飲用 無 有

CT検査をご依頼いただく場合

撮影範囲内に心臓ペースメーカー、埋込型除細動器等を埋め込んでいる方 無 有 (検査不可)

妊娠の可能性 無 有 (検査不可)

造影検査をご依頼いただく場合

※造影について

禁忌(造影剤副作用歴)、原則禁忌(◆喘息◆重篤な肝、腎障害)のある場合造影はできません。その他危険因子(◆アレルギー歴など)のある場合も原則として造影いたしません。

腎障害(無・有) クレアチニン(mg/dl) BUN(mg/dl)

MRI・CT検査 予約票

年 月 日

フリガナ 氏名 生年月日 西暦・明・大・昭・平 年 月 日 歳	依頼元医療機関名所在地 医師氏名
住所	電話
●予約日時 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分	

受診者の方へ

- ◆検査予約時間の40分前に1階初診受付にお越し下さい。
- ◆検査当日は、予約票（本状）・保険証・紹介状をご持参下さい。
- ◆当日検査に遅れる場合やキャンセルする場合、ご予約の変更が生じた場合は事前に直接佼成病院（03-3383-1281）までご連絡をお願いします。

【腹部・骨盤腔および造影剤を使用して検査を受ける方へ】

- ◆検査時間の4時間前から絶食して下さい。（水分は水のみ可）
- ◆胆のうの検査の場合、6時間前から絶食して下さい。
- ◆お薬は、いつも通りお飲み下さい。

【それ以外の部位の検査を受ける方へ】

- ◆お食事・お薬は普段通りで構いません。

MRI検査を受ける方は、裏面の問診票にご記入下さい。

杏林大学杉並病院

〒166-0012 東京都杉並区和田2-25-1

電話03-3383-1281

<主要公共機関のご利用方法>

- 佼成病院バス停下車
京王バス高46 高円寺駅南口⇔病院
京王バス宿35 新宿駅西口⇔病院
京王バス永72 永福町⇔病院
- 堀ノ内二丁目バス停下車
京王バス渋66 阿佐ヶ谷駅前⇔渋谷駅15番
京王バス宿91 新宿西口9番⇔新代田駅前
- 和田堀橋バス停下車
京王バス宿32 新宿西口17番⇔佼成会聖堂前
- 佼成会聖堂前バス停下車
京王バス中71 中野南口3番⇔方南町駅経由永福町
- 地下鉄丸ノ内線 方南町駅
徒歩約11分
- 地下鉄丸ノ内線 東高円寺駅
徒歩約15分



地下1階に90台収容の有料駐車場あり

- 1階初診受付にて手続きをしていただきます。
その後、地下1階画像診断受付までお越し下さい。

MRI検査を受ける際のご注意

- ① 安全に検査を行なうために、問診票にご記入のうえ画像診断受付に提出して下さい。
- ② お化粧を避け、着替えやすい服装でいらしてください。
更衣室で下着（金属のないもの）1枚になり、検査着に着替えていただきます。
※検査室内に物を持ち込むことはできません。
貴重品、時計、金属類、補聴器、入れ歯、使い捨てカイロ、エレキバンなど
- ③ カラーコンタクトレンズは、外していただきますので必ずケースをお持ち下さい。

【 問 診 票 】

1. 今までにMRIの検査を受けたことがありますか 【はい・いいえ】
2. 何らかの手術をしたことがある 【はい・いいえ】
手術名： _____
3. 体内に以下のような医療による金属類、機械、人工的なものがありますか
心臓ペースメーカー、植え込み型除細動器 【はい・いいえ】
人口内耳、神経刺激装置などの体内電子装置 【はい・いいえ】
脊柱管内リード線、脊髄刺激装置 【はい・いいえ】
脳動脈瘤クリップ 【はい・いいえ】（手術 _____ 年頃）
心臓や血管内の金属物、人工物 【はい・いいえ】
（リード線、コイル、ステント、人工血管、フィルター）
圧可変式バルブシャント（脳室シャント：水頭症の手術） 【はい・いいえ】
人工関節、人工骨頭、ワイヤー、釘など（整形外科手術） 【はい・いいえ】
胆道、食道、気管などの金属ステント 【はい・いいえ】
磁力で装着する義眼 【はい・いいえ】
金属製避妊リング 【はい・いいえ】
4. 体内に外傷や旋盤作業による金属片がありますか 【はい・いいえ】
5. 以下の『金属類や人工的なもの』を身につけていれば、○で囲んでください。
補聴器・義足・義手・磁力を利用した義歯、歯列矯正器具
6. ピアス類およびメイクアップ用品を使用している。 【はい・いいえ】
『マスカラやラメを混入しているメイクアップ・ピアスなどは取り除いてください。』
7. 刺青、アートメイク、まぶたの入れ墨をしている。 【はい・いいえ】
8. 閉所恐怖症（狭いところが苦手）である。 【はい・いいえ】
9. 妊娠している（もしくは可能性がある）。 【はい・いいえ】（ _____ 週）
10. ニトロガム（狭心症の貼付薬）をしている。 【はい・いいえ】
11. アレルギーがある（造影剤・薬品・食べ物）。 【はい・いいえ】
12. 喘息（ぜんそく）がある。 【はい・いいえ】
13. 体重をご記入ください。（安全上必要となります） _____ kg

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 記入者名 _____