

検査依頼票

〔診療情報提供書〕

予約専用電話

045-360-1123

ご記入後、2・3枚目を患者様にお渡し下さい。

子安脳神経外科クリニック

ふりがな		M F	生年月日 T・S・H・R	年	月	日 (歳)
患者氏名	様		依頼元 施設名	依頼医		
予約日時	年	月	日 ()	電話番号 ()		
開始時刻	午前 午後	時	分			

※ MRI検査を受けられる方は開始時刻の30分前にお越し下さい。
MRI検査は完全予約制です。遅れて来院された場合、当日検査をお受けできない場合がございますので予めご了承下さい。

MRI 検査

- 予約は一回につき一部位とさせていただきます
- 当日検査を希望の際は御連絡下さい
(可能な限り対応致します)

頭部 脳 () 他 ()

脊椎 頸椎 胸椎 腰椎 他 ()

頸部 頸部 他 ()

胸部 乳房 (右・左) 縦隔 他 ()

腹部 肝臓 MRCP 腎臓 他 ()

骨盤 前立腺 膀胱 子宮・卵巣 他 ()

四肢 肩関節 肘関節 手関節 手指 股関節
(右・左) 膝関節 足関節 足趾 他 ()

心臓 心臓 冠動脈 他 ()

大血管 胸部MRA 腹部MRA 腎動脈MRA
 下肢血管MRA 他 ()

CT 検査

当日検査可能です

頭部 頭部 副鼻腔 側頭骨 ()

脊椎 頸椎 胸椎 腰椎 ()

頸部 頸部 ()

胸部 胸部 ()

腹部 腹部 ()

骨盤 骨盤 ()

四肢 肩関節 肘関節 手関節 股関節
(右・左) 膝関節 足関節 他 ()

心臓 冠動脈

大血管 頭部CTA 頸部CTA 胸部CTA
 腹部CTA 下肢CTA 肺塞栓
 肺塞栓+DVT 他 ()

以下の項目についてチェックをお願いします

心臓ペースメーカー 無 ・ 有 ⇒ 検査できません

人工内耳 無 ・ 有 ⇒ 検査できません

妊娠の可能性 無 ・ 有

造影 不要 ・ 必要 ・ 一任
(必要・一任の場合、腎機能についてお知らせください)

クレアチニン mg/dl

気管支喘息 無 ・ 有

アレルギー 無 ・ 有
(薬剤・食品・他)

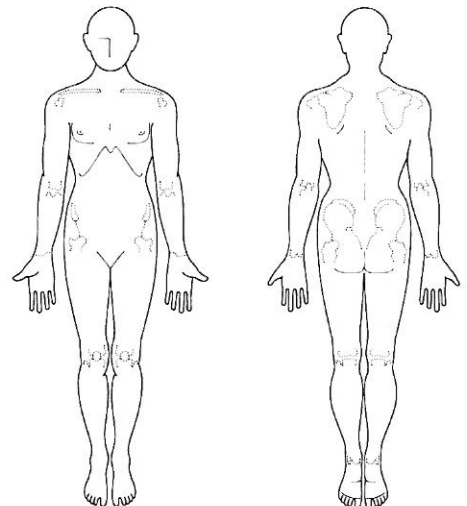
糖尿病 無 ・ 有
(薬剤)

体内金属 無 ・ 有
(種類 時期)

感染症 無 ・ 有

画像提供方法 CD-R (DICOMデータ) ・ フィルム
可能な限りCD-R (DICOMデータ) での提供を
お願い致します

《検査目的》 ※ 撮影法・画像処理法等、ご要望がありましたらお書きください。



子安脳神経外科クリニック

〒241-0821 横浜市旭区二俣川 1-6-1 二俣川北口ビル2F
TEL 045-360-1114 (代表) ・ FAX 045-360-1115

(依頼元控)

検査依頼票

〔診療情報提供書〕

ふりがな		M ・ F
患者氏名	様	

生年月日 T・S・H・R 年 月 日 (歳)

予約日時 年 月 日 ()

開始時刻 午前 午後 時 分

依頼元施設名

依頼医

電話番号 ()

MRI 検査

- 予約は一回につき一部位とさせていただきます
- 当日検査を希望の際は御連絡下さい
(可能な限り対応致します)

頭部 脳 () 他 ()

脊椎 頸椎 胸椎 腰椎 他 ()

頸部 頸部 他 ()

胸部 乳房 (右・左) 縦隔 他 ()

腹部 肝臓 MRCP 腎臓 他 ()

骨盤 前立腺 膀胱 子宮・卵巣 他 ()

四肢 (右・左) 肩関節 肘関節 手関節 手指 股関節 膝関節 足関節 足趾 他 ()

心臓 心臓 冠動脈 他 ()

大血管 胸部MRA 腹部MRA 腎動脈MRA 下肢血管MRA 他 ()

CT 検査

当日検査可能です

頭部 頭部 副鼻腔 側頭骨 ()

脊椎 頸椎 胸椎 腰椎 ()

頸部 頸部 ()

胸部 胸部 ()

腹部 腹部 ()

骨盤 骨盤 ()

四肢 (右・左) 肩関節 肘関節 手関節 股関節 膝関節 足関節 他 ()

心臓 冠動脈

大血管 頭部CTA 頸部CTA 胸部CTA 腹部CTA 下肢CTA 肺塞栓 肺塞栓+DVT 他 ()

以下の項目についてチェックをお願いします

心臓ペースメーカー 無 ・ 有⇒検査できません

人工内耳 無 ・ 有⇒検査できません

妊娠の可能性 無 ・ 有

造影 不要 ・ 必要 ・ 一任
(必要・一任の場合、腎機能についてお知らせください)

クレアチニン mg/dl

気管支喘息 無 ・ 有

アレルギー (薬剤・食品・他) 無 ・ 有

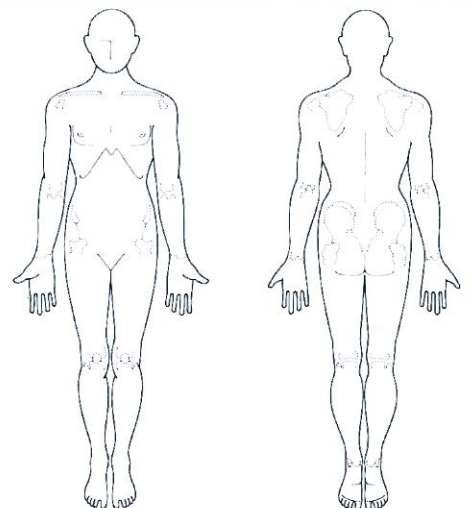
糖尿病 (薬剤) 無 ・ 有

体内金属 (種類 時期) 無 ・ 有

感染症 無 ・ 有

画像提供方法 CD-R (DICOMデータ) ・ フィルム
可能な限りCD-R (DICOMデータ) での提供をお願い致します

《検査目的》 ※ 撮影法・画像処理法等、ご要望がありましたらお書きください。



検査依頼票

予約専用電話

045-360-1123

子安脳神経外科クリニック

ふりがな		M F
患者氏名	様	

生年月日 T・S・H・R 年 月 日 (歳)

予約日時 年 月 日 ()

開始時刻 午前 午後 時 分

依頼元施設名

依頼医

電話番号 ()

※ MRI検査を受けられる方は開始時刻の**30分前**にお越し下さい。
MRI検査は完全予約制です。遅れて来院された場合、当日検査をお受けできない場合がございますので予めご了承下さい。

MRI 検査

- 予約は一回につき一部位とさせていただきます
- 当日検査を希望の際は御連絡下さい
(可能な限り対応致します)

頭部 脳 () 他 ()

脊椎 頸椎 胸椎 腰椎 他 ()

頸部 頸部 他 ()

胸部 乳房 (右・左) 縦隔 他 ()

腹部 肝臓 MRCP 腎臓 他 ()

骨盤 前立腺 膀胱 子宮・卵巣 他 ()

四肢 肩関節 肘関節 手関節 手指 股関節
(右・左) 膝関節 足関節 足趾 他 ()

心臓 心臓 冠動脈 他 ()

大血管 胸部MRA 腹部MRA 腎動脈MRA
 下肢血管MRA 他 ()

CT 検査

当日検査可能です

頭部 頭部 副鼻腔 側頭骨 ()

脊椎 頸椎 胸椎 腰椎 ()

頸部 頸部 ()

胸部 胸部 ()

腹部 腹部 ()

骨盤 骨盤 ()

四肢 肩関節 肘関節 手関節 股関節
(右・左) 膝関節 足関節 他 ()

心臓 冠動脈

大血管 頭部CTA 頸部CTA 胸部CTA
 腹部CTA 下肢CTA 肺塞栓
 肺塞栓+DVT 他 ()

以下の項目についてチェックをお願いします

心臓ペースメーカー 無 ・ 有⇒検査できません

人工内耳 無 ・ 有⇒検査できません

妊娠の可能性 無 ・ 有

造影 不要 ・ 必要 ・ 一任
(必要・一任の場合、腎機能についてお知らせください)

クレアチニン mg/dl

気管支喘息 無 ・ 有

アレルギー 無 ・ 有
(薬剤・食品・他)

糖尿病 無 ・ 有
(薬剤)

体内金属 無 ・ 有
(種類 時期)

感染症 無 ・ 有

画像提供方法 CD-R (DICOMデータ) ・ フィルム
可能な限りCD-R (DICOMデータ) での提供をお願い致します

検査を受けられる方へ

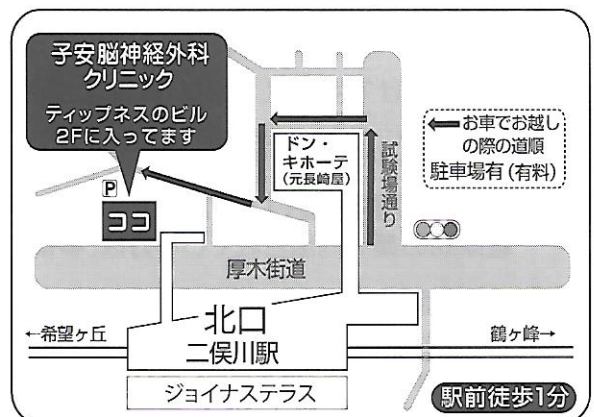
裏面にMRI検査・CT検査それぞれについての注意事項がありますのでお読み下さい。検査当日は、こちらの予約票・紹介状・保険証等ご持参の上、検査開始時刻30分前までにご来院下さい。キャンセル変更等ございましたら前日までにご連絡をお願い致します。検査の都合上、ご予約の時間より遅れる場合がございます。予めご了承下さい。



子安脳神経外科クリニック

〒241-0821 横浜市旭区二俣川 1-6-1 二俣川北口ビル2F

TEL 045-360-1114 (代表)



(患者様控)

MRI 検査を受けられる方へ

MRI 検査は、電磁波を利用して人体の断層像を撮影します。検査時間は、15分～30分です。

◎ 以下の方はMRI検査を受けられませんのでご注意ください。

- ペースメーカー（MRI対応型も含め）を使用されている方
- 人工内耳を使用されている方

◎ 以下の方は事前に必ずお知らせください。

- 妊娠の可能性がある方
- 体内金属を留置されている方（脳動脈クリップ・ステント・人工弁・消化管クリップ）
- 人工関節が入っている方
- 口腔インプラント（人工歯根）の方
- マグネット義歯を使用されている方
磁力が弱まる可能性がございます。事前に歯科医にご確認ください。
- 刺青・ラメ入り化粧品（マスカラ・アイライン等）・ネイルアート等は発熱・変色の恐れがございます。
化粧品については落としていただく事がございます。控えめにしていただく様お願い致します。
- コンタクトレンズを使用されている方
はずしていただく場合がございます。眼鏡・替えのコンタクトレンズ等、ご用意ください。
- 閉所恐怖症の方

◎ 持ち物・衣服について

ファスナーや金属製のボタン・ホック類は撮像に影響が出やすいため、検査当日は金属を使用した服の着用を避けてください。また、貴重品類の紛失について当院は責任を負いかねますので、当日は必要最小限の持ち込みに留めて頂きます様お願い致します。

◎ 食事制限について（腹部・骨盤検査以外の方の食事制限はございません。）

- 腹部・骨盤検査の方……検査4時間前から食事は控えてください。水分（お茶・水）の摂取は構いません。
- MRCP検査の方……検査6時間前から食事・水分摂取は控えてください。
※ 内服（飲み薬）につきましては主治医にご相談ください。

◎ 骨盤部（膀胱）の検査を受けられる方へ

膀胱内に蓄尿して検査を行いますので、検査1時間前から排尿（トイレ）は控えていただきます。

CT 検査を受けられる方へ

CT検査は、X線を利用して人体の横断像を撮影します。検査時間は、5分～10分です。

◎ 持ち物・衣服について

ファスナーや金属製のボタン・ホック類は撮像に影響が出やすいため、検査当日は金属を使用した服の着用を避けてください。また、貴重品類の紛失について当院は責任を負いかねますので、当日は必要最小限の持ち込みに留めて頂きます様お願い致します。

◎ 造影CT検査を受けられる方へ

糖尿病の薬を内服されている方は、事前にお知らせ下さい。

◎ 食事制限について（腹部・骨盤検査以外の方の食事制限はございません。）

- 腹部・骨盤検査の方……検査4時間前から食事は控えてください。水分（お茶・水）の摂取は構いません。
※ 内服（飲み薬）につきましては主治医にご相談ください。