

## 診療情報提供書 【MR I 検査・CT検査依頼票】

さいたまセントラルクリニック ご担当者様

以下の患者様の検査および画像診断をお願い申し上げます。

申込日

検査予約日時： 年 月 日  午前  午後 時 分 受付

貴医療機関名	診療科名	ご担当医師名(フルネーム)
TEL:	FAX:	

フリガナ	イニシャル	性別	<input type="checkbox"/> 外来	次回外来	<input type="checkbox"/> 入院中	/	に退院
患者様氏名	姓	<input type="radio"/> 男	連絡先1	本人	自宅		
		<input type="radio"/> 女	連絡先2	本人	携帯		
生年月日	西暦 年 月 日	生まれ	体重	Kg	貴院ID		

現在の状態 該当する項目に チェックを入れて ください。	自立歩行	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 車イス	<input type="checkbox"/> ストレッチャー	現在妊娠	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 授乳中
	<input type="checkbox"/> 以下すべて該当なし							
	<input type="checkbox"/> 感染症: <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HIV			<input type="checkbox"/> その他( )				
	<input type="checkbox"/> 手術歴: 年 月 術式( )							
	<input type="checkbox"/> 体内金属( )							
	<input type="checkbox"/> ペースメーカー → <input type="checkbox"/> MDCT対応可 <input type="checkbox"/> MRI対応可 ← <input type="checkbox"/> 埋込型除細動器							
<input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 30分静止不可 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> MRI造影剤アレルギー <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 透析								

## ●依頼検査種および検査部位をお選びください。(原則1部位のみとなります。)

<input type="checkbox"/> 単純CT検査		<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部・骨盤部	<input type="checkbox"/> その他( )				
⇒ MRI検査	頭部	<input type="checkbox"/> 脳(MRA)	<input type="checkbox"/> VSRAD	<input type="checkbox"/> 下垂体	<input type="checkbox"/> 眼窩	<input type="checkbox"/> 副鼻腔			
	頸部	<input type="checkbox"/> 上/下顎骨	<input type="checkbox"/> 舌・歯肉	<input type="checkbox"/> 咽頭	<input type="checkbox"/> 喉頭	<input type="checkbox"/> 唾液腺	<input type="checkbox"/> 甲状腺		
	胸部	<input type="checkbox"/> 肺・縦隔	<input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> 乳房( <input type="checkbox"/> みぎ <input type="checkbox"/> ひだり )	<input type="checkbox"/> 胸壁	<input type="checkbox"/> 胸骨・肋骨			
	腹部	<input type="checkbox"/> MRCP(胆嚢・脾臓)	<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 脾臓	<input type="checkbox"/> 腎臓	<input type="checkbox"/> 副腎	<input type="checkbox"/> 消化管	<input type="checkbox"/> 直腸	
	骨盤	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 精嚢	<input type="checkbox"/> 子宮	<input type="checkbox"/> 卵巣	<input type="checkbox"/> 膀胱			
	脊椎	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 胸腰椎移行部～腰椎	<input type="checkbox"/> 腰仙椎				
	四肢	→ <input type="checkbox"/> みぎ	<input type="checkbox"/> 上腕	<input type="checkbox"/> 前腕	<input type="checkbox"/> 大腿	<input type="checkbox"/> 下腿	<input type="checkbox"/> 手指	<input type="checkbox"/> 足指	*左右を選んでください
	関節	→ <input type="checkbox"/> ひだり	<input type="checkbox"/> 頸関節	<input type="checkbox"/> 肩関節	<input type="checkbox"/> 肘関節	<input type="checkbox"/> 手関節	<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> 膝関節	<input type="checkbox"/> 足関節
脈管	<input type="checkbox"/> 胸部大動脈	<input type="checkbox"/> 腹部大動脈	<input type="checkbox"/> その他の血管( )	※原則撮影					
その他	<input type="checkbox"/> 上記以外の部位( )					<input type="checkbox"/> ←具体的な部位を記入			
⇒ MRI 造影希望	<input type="checkbox"/> あり	※eGFR30未満の方や喘息治療中の方は原則単純となります				<input type="checkbox"/> 造影なし			
	*クレアチニン値( mg/dl )				←↓造影検査希望の方は記入ください				
	⇒ 撮影条件		<input type="checkbox"/> 単純+造影1相	<input type="checkbox"/> 単純+Dynamic	<input type="checkbox"/> 一任				
	⇒ 造影剤		<input type="checkbox"/> ガドリニウム造影剤	<input type="checkbox"/> EOB・プリモビスト	<input type="checkbox"/> 一任				

臨床診断名 (疑われる疾患)					
●検査目的/臨床経過 ※撮像条件等のご希望についても、こちらにご記入ください。					

画像返却方法	<input type="checkbox"/> CD/DVD (DICOMデータ)	<input type="checkbox"/> フィルム	報告書FAX	<input type="checkbox"/> 有	/	まで
--------	--	-------------------------------	--------	----------------------------	---	----

※原則CD/DVDでの返却となります。

検査のご予約は

地域医療連携室: 048-658-3733 または代表電話: 048-658-3741

診療情報提供書FAX

FAX 048-658-3734



さいたまセントラルクリニック

SCC2512EM

## ●●● 受診者様用控【検査予約票】●●●

さいたまセントラルクリニック

\*下記の受付時間までに3階受付へお越しください。

検査予約日時： 年 月 日 時 分 受付

ご依頼医療機関名 TEL :	診療科名	ご担当医師名 先生よりご依頼
-------------------	------	-------------------

検査名		検査部位	
-----	--	------	--

フリガナ		依頼病院ID	
受診者様氏名	様	ご連絡先	
生年月日	西暦 年 月 日	内容に誤りがある場合は下記までご連絡ください	

検査日までに当クリニックより確認のご連絡をいたします。

ご質問がありましたら下記までご連絡ください。

検査予約担当：TEL 048-658-3733 (受付時間 9:00~18:00)

## ■検査日にお持ち頂くもの

- 診療情報提供書（紹介状）  
各種公費医療受給者証  
服用中のお薬とお薬手帳 マイナ保険証または資格確認書  
主治医より預かったCD・フィルム  
検査予約票（本用紙）

## ■CT検査を受けられる方へ

検査時間はおよそ10~15分です。

## ■MRI検査を受けられる方へ

- 検査時間はおよそ30~40分です。
- 体内電子機器（心臓ペースメーカー※、植込み型除細動器※、人工内耳等）を装着されている方はMRI検査を行えません。（※MRI対応機を除く）
- 体内金属（手術に伴う人工物）がある場合は発熱・火傷や、体内金属が動く可能性があります。該当する方はお申し出ください。
- 閉所恐怖症の方は検査ができない場合があります。予約の際にご相談ください。
- カラーコンタクトレンズや刺青、アートメイク等は発熱や火傷の原因となるおそれがあります。安全のため検査を中止する場合がありますことをご了承ください。

## ■CT検査・MRI検査（共通）事項

- 妊娠中や授乳中の方、または妊娠の可能性のある方はお申し出ください。
- 常備薬はいつも通りお飲みください。
- 腹部や骨盤部の検査および造影検査の方は、**検査の4時間前から絶食してください**。お水、お茶は検査の1時間前までお飲みいただいて結構です。
- 検査前に検査着に着替えていただきます。着替えが難しい方は予め金属類のない衣類でいらしてください。
- ご予約時間より早く来院された場合も、決められた時間までお待ちいただきますのでご了承ください。また、予約制をとっておりますが、当日の検査進行状況によりお待ちいただくことがありますのでご了承ください。

ご都合によりキャンセルされる場合や、ご予約日時を変更される場合は、必ずご連絡ください。

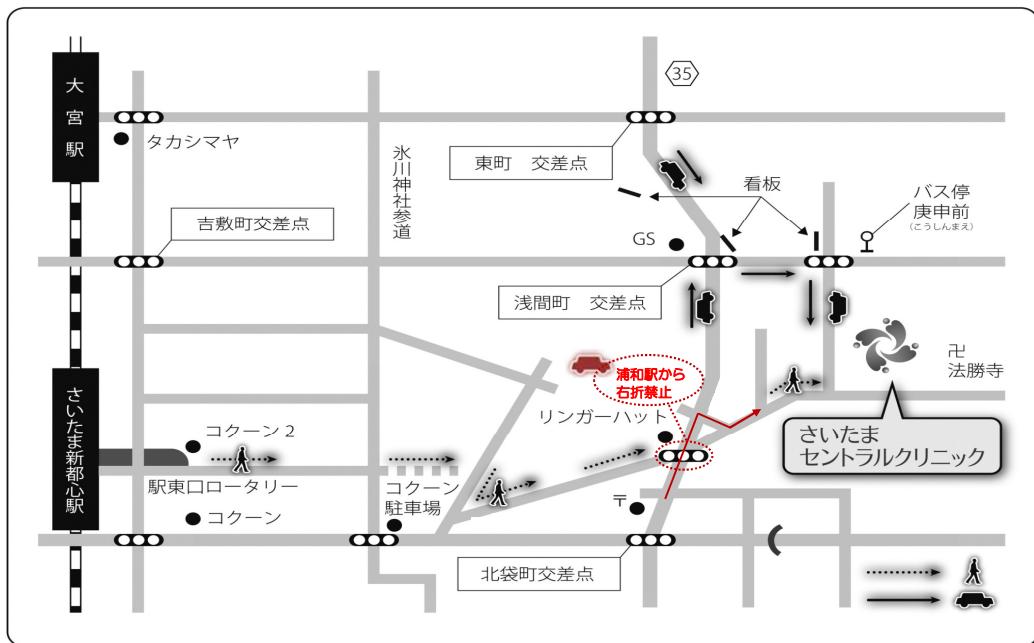
検査予約担当：TEL 048-658-3733 (受付時間 9:00~18:00)



さいたまセントラルクリニック

さいたまメディカルタウン3F  
TEL: 048-658-3741 (代表)

●●● さいたまセントラルクリニック案内図【受診者様用】 ●●●



## ●電車でのアクセス●

JRさいたま新都心駅から徒歩15分  
JR大宮駅よりバス10分

### 〈東京方面から〉

宇都宮線（東北本線）・高崎線の普通列車、または上野東京ライン下り電車で、『さいたま新都心』駅まで約25分。

＜新宿・池袋方面から＞

湘南新宿ライン、埼京線で赤羽駅へ。赤羽駅から大宮方面行きの京浜東北線または上野東京ライン、宇都宮線、高崎線の下り普通列車へ乗り換え。  
※湘南新宿ラインや快速列車は『さいたま新都心』駅には停車しませんので、ご注意ください。

＜宇都宮・高崎方面から＞

上野東京ライン上り電車、または宇都宮線・高崎線の普通列車上野行きを利用。

※湘南新宿ラインや快速列車は『さいたま新都心』駅には停車しませんので、ご注意ください。

## ●タクシーでのアクセス●

さいたま新都心駅東口から約5分 1.6km  
大宮駅東口から約10分 2.4km

## ●車でのアクセス●

銀座・新宿から車で約40分

＜都心方面から首都高速をご利用の場合＞  
首都高速5号線→高速埼玉新都心線→「新都心西」  
出口

〈東北道、関越道、常磐道をご利用の場合〉  
東京外環道→美女木JCT→高速埼玉新都心線→  
「新都心西」出口

＜高崎・熊谷方面から＞  
国道17号線→「八幡通り」交差点を左折→  
さいたま新都心駅

## ●バスでのアクヤフ●

大宮駅東口より東武バス利用

③桑のりば：天沼循環「康由前」下車 徒歩5分



〒330-0834

医療法人 峯昭会  
さいたまセントラルクリニック

【QR読取】公式ホームページより  
「スクエア」をご購入いただけます

