

検査依頼票（診療情報提供書）

①上本町画像診断クリニック用

フリガナ

氏 名 様

生年月日 性別
T・S・H 年 月 日（ 歳）男・女

連絡先（日中連絡のとれる電話番号）

付帯情報
身長 cm 体重 kg
移動：独歩・車いす

検査予約日時

月 日 AM PM 時 分 より



医療法人誠仁会

上本町

画像診断クリニック

TEL.06-6776-8821

FAX.06-6776-8841

依頼元医療機関名

診療科名

ご担当医師名

貴院次回診療日

月 日 / 未定

必ずご記入ください（出来るだけ詳細をお願いします）

臨床診断

経過および検査目的

手術経歴

検査装置 MRI

検査部位（該当する項目1つに○印をご記入ください。）

（頭 部）脳（☐ 脳血管 ☐ VSRAD）
眼窩・副鼻腔・聴器・下垂体
（頸 部）甲状腺・咽頭喉頭・頸部血管
（脊 椎）頸椎・胸椎（☐ 上位胸椎 ☐ 下位胸椎）
腰椎・仙尾椎

（四 肢）左・右
手・手関節・前腕
肘関節・上腕・肩関節
足・足関節・下腿
膝関節・大腿・股関節

（胸 部）縦隔

（腹 部）肝胆脾臓・肝臓・腎臓副腎
↳ ☐ MRCP

（下肢血管）下肢動脈

（骨盤部）子宮卵巣・前立腺・精巣・でん部・腸骨坐骨恥骨

（その他）（ ）



☐ 労災 ☐ 自賠責 ☐ 生保

以下の項目に○を付けてご依頼をお願い致します。

●心臓ペースメーカー：あり・なし

●人 工 内 耳：あり・なし

※どちらかがありの場合、検査をお受けすることができません

●補 聴 器：あり・なし

●刺 青：あり・なし

●体 内 金 属 物：あり・なし

●パニック障害・閉所恐怖症：あり・なし
ありの場合は事前に当クリニックへご相談下さい

●妊 娠 の 可 能 性：あり・なし

●最 終 月 経 日：（ 月 日）
子宮・卵巣検査時のみご記入下さい

●血管ステント置換術：あり・なし
（8週間以内に受けた方）

磁場の影響でステント移動の可能性を最小限に抑えるために、ステントが完全に内皮化するまで、当院では留置後8週間はMRI検査をお受けしておりません。

腹部の検査の場合は、食事制限があります。

（検査の4時間前から絶食をして頂くようお願いいたします）

当院では造影検査をお受けしておりません。

詳しくは、当院ホームページ

2019.2.22 「当院での今後の造影検査について」をご覧ください。

検査依頼票（診療情報提供書）

②貴院控

フリガナ

氏 名 様

生年月日 性別
T・S・H 年 月 日（ 歳）男・女

連絡先（日中連絡のとれる電話番号）

付帯情報
身長 cm 体重 kg
移動：独歩・車いす

検査予約日時

月 日 AM PM 時 分 より



医療法人誠仁会

上本町

画像診断クリニック

TEL.06-6776-8821

FAX.06-6776-8841

依頼元医療機関名

診療科名

ご担当医師名

貴院次回診療日

月 日 / 未定

必ずご記入ください（出来るだけ詳細にお願いします）

臨床診断

経過および検査目的

手術経験

検査装置 MRI

検査部位（該当する項目1つに○印をご記入ください。）

（頭 部）脳（☐ 脳血管 ☐ VSRAD）
眼窩・副鼻腔・聴器・下垂体

（頸 部）甲状腺・咽頭喉頭・頸部血管

（脊 椎）頸椎・胸椎（☐ 上位胸椎 ☐ 下位胸椎）
腰椎・仙尾椎

（四 肢）左・右
手・手関節・前腕
肘関節・上腕・肩関節
足・足関節・下腿
膝関節・大腿・股関節

（胸 部）縦隔

（腹 部）肝胆膵脾・肝臓・腎臓副腎
↳ ☐ MRCP

（下肢血管）下肢動脈

（骨盤部）子宮卵巣・前立腺・精巣・でん部・腸骨坐骨恥骨

（その他）（ ）



☐ 労災 ☐ 自賠責 ☐ 生保

以下の項目に○を付けてご依頼をお願い致します。

●心臓ペースメーカー：あり・なし

●人 工 内 耳：あり・なし

※どちらかがありの場合、検査をお受けすることができません

●補 聴 器：あり・なし

●刺 青：あり・なし

●体 内 金 属 物：あり・なし

●パニック障害・閉所恐怖症：あり・なし
ありの場合は事前に当クリニックへご相談下さい

●妊 娠 の 可 能 性：あり・なし

●最 終 月 経 日：（ 月 日）
子宮・卵巣検査時のみご記入下さい

●血管ステント置換術：あり・なし
（8週間以内に受けた方）

磁場の影響でステント移動の可能性を最小限に抑えるために、ステントが完全に内皮化するまで、当院では留置後8週間はMRI検査をお受けしておりません。

腹部の検査の場合は、食事制限があります。

（検査の4時間前から絶食をして頂くようお願いいたします）

当院では造影検査をお受けしておりません。

詳しくは、当院ホームページ

2019.2.22 「当院での今後の造影検査について」をご覧ください。

検査依頼票（診療情報提供書）

③患者様用

フリガナ

氏 名 様

生年月日 性別
T・S・H 年 月 日（ 歳）男・女

連絡先（日中連絡のとれる電話番号）

付帯情報
身長 cm 体重 kg
移動：独歩・車いす

検査予約日時

月 日 AM 時 分 より
PM



医療法人誠仁会

上本町

画像診断クリニック

TEL.06-6776-8821

FAX.06-6776-8841

依頼元医療機関名

診療科名

ご担当医師名

貴院次回診療日

月 日 / 未定

検査予定時刻の**20分前**にはご来院頂きますよう、お願い致します。

以下は重要な内容ですのでご一読ください。

当日ご持参いただくもの ・ マイナ保険証 ・ 医療証 ・ 診療情報提供書 ・ 検査費用

（お持ちの方）

食事・お薬について

- 医師から処方された薬は、通常通りご服用頂いても問題ありません。
- 腹部検査を受診される方は、食物が検査に影響を及ぼす可能性があります。
- 腹部検査の方→4時間前から絶食して頂くようお願い致します。
ただし、水・お茶は飲んで頂いても問題ありません。

労災・交通事故で検査予定の方へ

○事前に当院まで、お電話して頂く様お願い致します。

MRI検査の注意点

MRI検査では、強い磁石と電波を使います。通常、人体には無害であることが確認されていますが、
日常では経験しない強い磁石を使いますので、次の事項に注意して下さい。

- 心臓ペースメーカーや刺激電極等を身に着けている方は、MRI検査は受診できません。
- 血管ステント置換術を受けている方は、事前にお申し出ください。
- 体内に人工関節等の金属が埋め込まれている方は、金属の影響により正常な検査画像が得られない場合があります。以前に外科的手術を受けられた方・その可能性がある方は、事前に担当医およびスタッフまでお申し出ください。
- 金属及び磁気は検査の妨げになるため、次の物は取り除いていただく必要があります。
[ヘアピン、アクセサリ類、化粧(マスカラ・アイシャドーなど)、メガネ、かつら、鍼治療の針、ブラジャー、スリッパ、エレキパン、湿布、入れ歯、義手、義足、補聴器、携帯電話、時計、磁気カード、カラーコンタクトレンズ、機能的肌着(ヒートテック等)]
※コンタクトレンズをご使用の方はあらかじめ保存ケースやメガネ等をご準備ください。
- 妊娠14週未満の方、またはその可能性のある方は、胎児に対する影響で未解明な点がありますので、担当医へご相談ください。
- 検査時間は20分～40分程度です。（検査の内容で変わります。）
- 検査中は狭いところに入り、大きな音がします。閉所恐怖症の方は事前にお申し出ください。
- 検査費用は、3割負担の保険でおよそ8,000円程度です。

※予約制ですが、急を要する検査や患者様の症状によって検査の順番が前後しお待たせする場合がありますのでご了承ください。

※検査のお着替えが困難な方(車いす・松葉杖など)は予めアクセサリ類等の装身具などは身につけず、ご来院ください。

※検査結果につきましては、紹介元施設の主治医の先生からの説明となります。

※当院はフィルムレスでの画像運用のためフィルム出力はお受けすることができません。（CD-R/DVD出力可）

※当院は施設の構造上、寝台での患者様の検査はお受けすることができません。

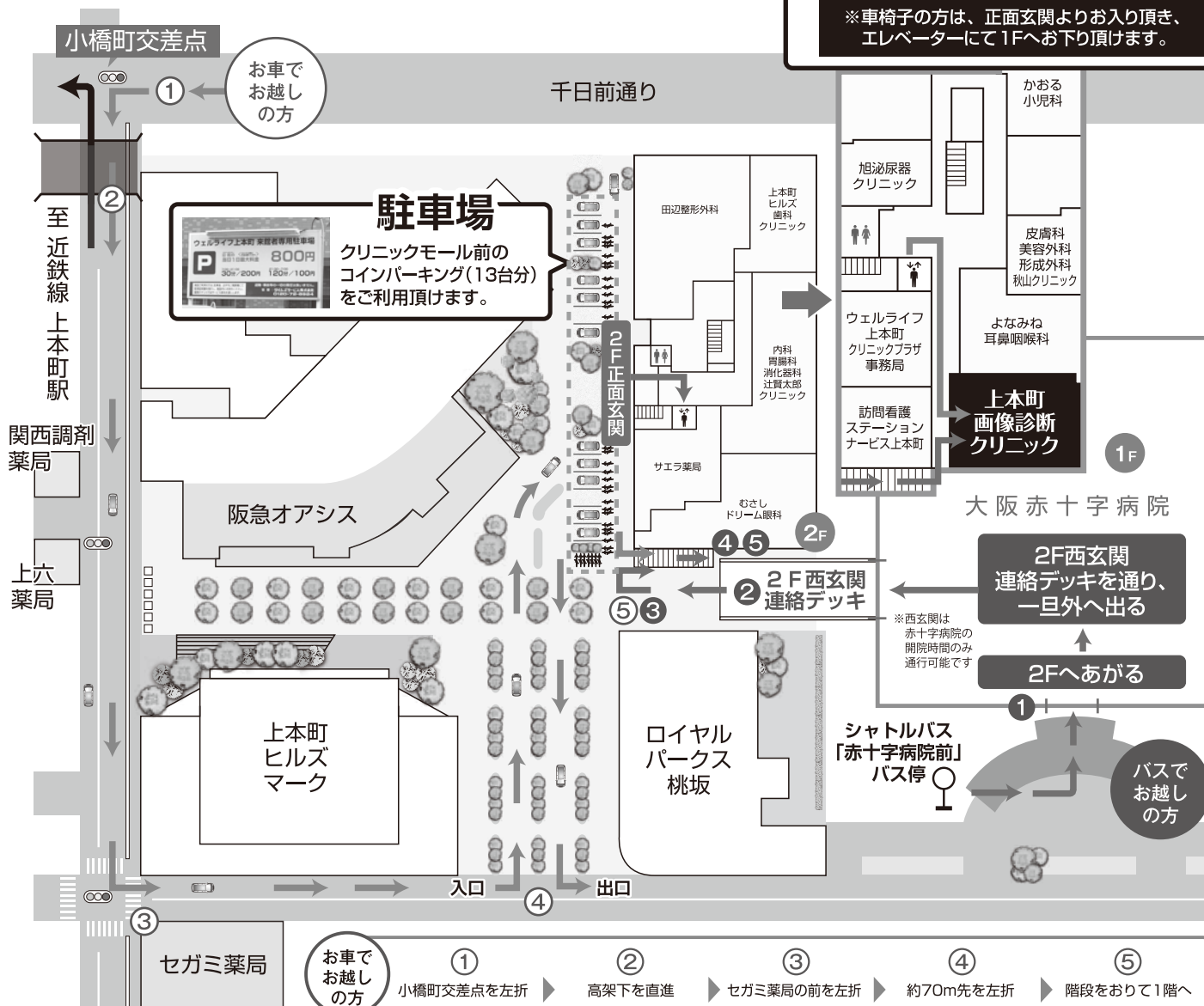
ご不明な点・ご質問がございましたら、お気軽に当クリニックまでお問い合わせください。

クリニック周辺MAP

道に迷われたらご連絡下さい。
お電話で説明いたします。
TEL 06-6776-8821

エレベータをご利用の方は
ウェルライフ上本町クリニックプラザ正面玄関
から入りエレベータで1Fへ降りて下さい。

※車椅子の方は、正面玄関よりお入り頂き、
エレベーターにて1Fへお下り頂けます。



電車でお越しの方

- 近鉄上本町駅より徒歩8分
- JR環状線・近鉄・地下鉄千日前線
鶴橋駅より徒歩10分
- 地下鉄谷町線、谷町九丁目駅より
徒歩12分



バスでお越しの方

近鉄上本町駅からは、
大阪赤十字病院まで
シャトルバスが出ております。
(上本町駅より約4分)



お車でお越しの方

JR桃谷駅方面に向かい、桃谷駅西の交差点を左折→
玉造筋を直線→下味原の交差点を左折→
小橋町の交差点を左折→1つ目の角を左折→
大阪赤十字病院近隣の駐車場をご利用下さい。

※クリニックモール前のコインパーキング(13台分)も
ご利用頂けます。



医療法人 誠仁会

**上本町
画像診断クリニック**

ウェルライフ上本町クリニックプラザ

〒543-0027 大阪市天王寺区筆ヶ崎町5-52ウェルライフ上本町106

TEL.06-6776-8821

診察時間

診察時間	月	火	水	木	金	土
9:00~19:00	●	●	●	●	●	●

※木曜・土曜は17:00まで
休診日：日曜・祝日

