

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（出来るだけ詳細にお願いします）

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
- （脊椎）頸椎・胸椎（上位胸椎 下位胸椎）
腰椎・仙尾椎
- （頸部）甲状腺・咽頭喉頭・頸部血管
- （四肢）左/右手・手関節・前腕
肘関節・上腕・肩関節
左/右足・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・腹部大血管
↳MRCP ↳EOB プリモビスト
- （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
- 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）

●造影剤の必要性

なし あり 検査医師に一任

造影検査歴：あり・なし
造影後の副作用歴：あり・なし

ぜん息：あり・なし
アレルギー体質：あり・なし
透析：あり・なし
重篤な腎障害：あり・なし
血清クレアチニン： mg/dl
授乳：あり・なし
感染症：あり・なし

造影剤を使用する検査、腹部の検査の場合は、
食事制限があります。（詳細は予約票）

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
- （脊椎）頸椎・胸椎（上位胸椎 下位胸椎）
腰椎・仙尾椎
- （頸部）甲状腺・咽頭喉頭・頸部血管
- （四肢）左/右手・手関節・前腕
肘関節・上腕・肩関節
左/右足・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・腹部大血管
↳MRCP ↳EOB プリモビスト
- （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
- 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）

●造影剤の必要性

なし あり 検査医師に一任

造影検査歴：あり・なし
造影後の副作用歴：あり・なし

ぜん息：あり・なし
アレルギー体質：あり・なし
透析：あり・なし
重篤な腎障害：あり・なし
血清クレアチニン： mg/dl
授乳：あり・なし
感染症：あり・なし

造影剤を使用する検査、腹部の検査の場合は、食事制限があります。（詳細は予約票）

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。
- 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、コンタクトレンズ〕
※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。
- 妊娠中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。(検査の内容でかわります。)
- 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～15,000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持たせする場合がありますのでご了承ください。

※医師の判断により造影検査等追加検査が行われる場合、追加の費用が発生します。検査の内容によっては保険適応外となり、その際は主治医の先生にご相談ください。

※造影検査で使用するお薬は安全なものですが、喘息やアレルギーなどでお薬が使えない場合もあります。また、患者様の体調や体質によって副作用(発疹やかゆみなどのアレルギー症状)が出現することもまれにありますので、医師がお薬の使用が可能かどうかを判断し、本人様からの承諾を得たうえで検査を実施しています。

※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。