検査依頼票（診療情報提供書）

①画像センター用

作成日　　年　　月　　日

フリガナ
氏　名　　様

生年月日　　性別
T・S・H・R　　年　月　日（　歳）　男・女

住所 〒

連絡先（日中連絡のとれる電話番号）
携帯　　ー　　ー

検査予約日時　　月　日　時　分

※来院が大変な方のために送迎も可能です。
送迎については、電話での連絡をお願いします。

医療法人愛光会
画像診断クリニック下総中山駅前
TEL.047-711-0261　FAX.047-711-0262　飯田院長 宛

依頼元医療機関名

診療科名

ご担当医師名

検査所見＆画像CDのお渡し方法（複数選択可）
□ 患者様渡し　□ FAX　□ 郵送（当日発送）

必ずご記入ください

臨床診断　　経過および検査目的
（検査依頼の根拠となったX線写真や超音波画像等あれば検査当日お持ちください）

手術歴・既往歴・家族歴・処方内容

※同日、CT&MRIを希望の場合は、それぞれの部位にチェックをお願いします。

検査装置

□ **骨密度**（腰椎&大腿骨TBS解析含む）

	□ MRI	□ CT
（頭 部）	頭部（MRI+MRA）※50歳以上VSRAD □ 頚部血管MRA追加 眼窩・下垂体	頭部・顔面 歯科インプラント術前CT（上顎・下顎）
（頚 部）	頚部・甲状腺・頚部血管（プラークイメージ含む）	頚部
（脊 椎）	頚椎・胸椎・胸腰椎移行部 腰椎・仙尾椎・全脊椎（2部位検査）	頚椎・胸椎・腰椎 仙尾椎・全脊椎
（上 肢）	左／右　手指・手・手関節・前腕 肘関節・上腕・肩関節	左／右　手指・手・手関節・前腕 肘関節・上腕・肩関節
（下 肢）	左／右　足趾・足・足関節・下腿 膝関節・大腿・股関節	左／右　足趾・足・足関節・下腿 膝関節・大腿・股関節
（胸 部）	肋骨・鎖骨	胸部
（腹 部） （骨盤部）	MRCP（胆膵）・肝臓・腎臓・副腎・脾臓 子宮卵巣・前立腺・膀胱 **検査前4時間の絶食をお願いします**	全腹部・上腹部のみ・下腹部のみ 胸腹部
（血管部）	胸部大動脈・腹部大動脈・下肢動脈・下肢静脈	

□ **労災**　□ **自賠責**　□ **生保**

付帯情報　身長　　cm
体重　　kg

●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、MRI検査をお受けすることができません

● 血管ステント置換術
（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。

●刺　青：あり・なし
●補　聴　器：あり・なし
●体内金属物：あり・なし
部位（　　）
素材（　　）
●パニック障害閉所恐怖症：あり・なし
●妊娠の可能性：あり・なし
●最終月経日（　月　日）
子宮卵巣の検査時ご記入ください

※造影検査はお受けしておりません。

検査依頼票（診療情報提供書）

②貴院控

作成日　　年　　月　　日

フリガナ
氏　名　　様

生年月日　　性別
T・S・H・R　　年　月　日（　歳）　男・女

住所 〒

連絡先（日中連絡のとれる電話番号）
携帯　　ー　　ー

検査予約日時　　月　　日　　時　　分

※来院が大変な方のために送迎も可能です。
送迎については、電話での連絡をお願いします。

医療法人愛光会
画像診断クリニック下総中山駅前
TEL.047-711-0261　FAX.047-711-0262　飯田院長 宛

依頼元医療機関名

診療科名

ご担当医師名

検査所見＆画像CDのお渡し方法（複数選択可）
□ 患者様渡し　□ FAX　□ 郵送（当日発送）

必ずご記入ください

臨床診断　　経過および検査目的
（検査依頼の根拠となったX線写真や超音波画像等あれば検査当日お持ちください）

手術歴・既往歴・家族歴・処方内容

※同日、CT&MRIを希望の場合は、それぞれの部位にチェックをお願いします。

検査装置

□ **骨密度**（腰椎&大腿骨TBS解析含む）

	□ MRI	□ CT
（頭 部）	頭部（MRI+MRA）※50歳以上VSRAD □ 頚部血管MRA追加 眼窩・下垂体	頭部・顔面 歯科インプラント術前CT（上顎・下顎）
（頚 部）	頚部・甲状腺・頚部血管（プラークイメージ含む）	頚部
（脊 椎）	頚椎・胸椎・胸腰椎移行部 腰椎・仙尾椎・全脊椎（2部位検査）	頚椎・胸椎・腰椎 仙尾椎・全脊椎
（上 肢）	左／右　手指・手・手関節・前腕 肘関節・上腕・肩関節	左／右　手指・手・手関節・前腕 肘関節・上腕・肩関節
（下 肢）	左／右　足趾・足・足関節・下腿 膝関節・大腿・股関節	左／右　足趾・足・足関節・下腿 膝関節・大腿・股関節
（胸 部）	肋骨・鎖骨	胸部
（腹 部） （骨盤部）	MRCP（胆膵）・肝臓・腎臓・副腎・脾臓 子宮卵巣・前立腺・膀胱 **検査前4時間の絶食をお願いします**	全腹部・上腹部のみ・下腹部のみ 胸腹部
（血管部）	胸部大動脈・腹部大動脈・下肢動脈・下肢静脈	

□ **労災**　□ **自賠責**　□ **生保**

付帯情報　身長　　cm
体重　　kg

●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、MRI検査をお受けすることができません

● 血管ステント置換術
（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。

●刺　青：あり・なし
●補　聴　器：あり・なし
●体内金属物：あり・なし
部位（　　）
素材（　　）
●パニック障害閉所恐怖症：あり・なし
●妊娠の可能性：あり・なし
●最終月経日（　月　日）
子宮卵巣の検査時ご記入ください

※造影検査はお受けしておりません。

検査依頼票（診療情報提供書）

③患者様用

作成日　　年　　月　　日

フリガナ
氏　名　　様

生年月日　　性別
T・S・H・R　　年　月　日（　　歳）　男・女

住所 〒

連絡先（日中連絡のとれる電話番号）
携帯　　ー　　ー

検査予約日時　　月　　日　　時　　分

※来院が大変な方のために送迎も可能です。
送迎については、電話での連絡をお願いします。

医療法人愛光会
画像診断クリニック下総中山駅前
TEL.047-711-0261　FAX.047-711-0262　飯田院長 宛

依頼元医療機関名

診療科名

ご担当医師名

検査所見＆画像CDのお渡し方法（複数選択可）
□ 患者様渡し　□ FAX　□ 郵送（当日発送）

検査予定時刻の **15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

● **マイナンバーカード（健康保険証）**　● **検査依頼書（診療情報提供書）**

検査前の注意事項 食事・お薬など

○医師から処方された薬は、特別指示がある場合を除いて、ご服用頂いても問題ありません。
○腹部MRIの検査を受診される場合は**検査の4時間前から絶食**と脂肪分を含む飲み物（牛乳やミルクティー）は控えてください。お茶やお水で水分摂取をお願いします。
○骨盤部MRI（子宮・卵巣）の検査の場合は、月経開始直前直後はお避けいただくことをお勧めいたします。

お車でお越しの方は
提携コインパーキングをご利用ください。

Times … Times 契約駐車場

クリニックまでのアクセス

当院までのご案内

当院へのアクセスはこちらのQRコードからご確認ください。

電車でお越しの方

●JR総武線
「下総中山」駅 北口 より 徒歩約1分

●京成本線
「京成中山」駅 より 徒歩約5分

お車でご来院の方

当院の提携駐車場はございませんので、
お車でお越しの方は
提携コインパーキングをご利用ください。

タイムズエリア共通券：利用可能タイムズ
文教堂下総中山駅店 / 下総中山第3
下総中山第5 / 下総中山第6

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人工内耳等の刺激電極等を身に着けている方は、検査できません。

○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、アクセサリー類、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、カイロ
ブラジャー、スリップ、エレキバン、湿布、入れ歯、義手、義足、義眼、補聴器、携帯電話、時計、
磁気カード、ヘアパウダー、カラーコンタクト］

※インプラントや歯列矯正など、取り外せないものは、そのままで結構です。
※アートメイクやジェルネイルの一部に金属が含まれている場合があります。
検査担当技師にお教えください。検査への影響、患者様の安全に配慮して検査をすすめます。
※化粧品に金属成分が含まれる場合があります。薄めの化粧でご来院ください。

○妊娠中またはその可能性のある方は、検査できないことがあります。主治医とご相談ください。

○機能性肌着（ヒートテック等）を着用している場合は、着替えが必要になります。

○刺青のある場合は火傷や変色のリスクがありますので、検査前にお申し出下さい。

○検査時間は20分～40分程度です。

○検査中は狭いところに入り、大きな音がします。狭い場所が苦手な方・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割負担でおよそ7,500円程度です。（健康保険の負担割合により変動します。）

CT検査の注意点

○エックス線を当てて検査しますので、妊娠中またはその可能性のある方は、検査できません。

○検査時間は、15分～30分程度です。

○検査費用は、3割負担でおよそ6,000円程度です。（健康保険の負担割合により変動します。）

※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もありますのでご了承ください。

※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。

○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。

医療法人愛光会
画像診断クリニック下総中山駅前
TEL 047-711-0261
FAX 047-711-0262
〒273-0035 千葉県船橋市本中山2丁目17番35号　中山メディカルブリッジ3階