

診療情報提供書 (MRI、CT等)

予約電話番号：03-3261-0488

FAX 番号：03-3261-0407

フリガナ			
患者氏名	様		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
生年月日	年	月	日()才
電話番号	自宅：	-	-
	携帯：	-	-

お電話にてご予約の上、当用紙をご記入後、FAX送信してください。
※患者さまには2枚目をお渡しください。

来院日時	20	年	月	日	時	分
------	----	---	---	---	---	---

<ご依頼内容・経過情報> (該当する全てに チェックしてください)

診療種別	<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 自由診療 ※歯列(デンタル)、内臓脂肪測定は自由診療になります				
検査種別	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MMG	<input type="checkbox"/> US	<input type="checkbox"/> その他()
撮影方法	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 ※造影のご希望であっても、当院医師の判断等により、造影撮影を中止する場合がございます				
撮影部位 (該当すべてに)	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 内臓脂肪 <input type="checkbox"/> 大血管() <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 腎・副腎 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> その他 [] <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 四肢・関節() <input type="checkbox"/> 歯列(デンタル)				
臨床経過など (具体的に)	※「造影」または「一任」の場合・・・血清クレアチニン(Cre)値()mg/dl ※3ヵ月以内の結果データをご記入下さい				
当日持参画像	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他()				

<患者情報 治療歴など>

通院状況	<input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他()	糖尿病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	※ビグアナイド系糖尿病薬は、CT造影検査前後48時間の休薬が必要
移動手段	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	※MRI検査は禁忌 (CT検査は一部機種により禁忌)
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HIV	除細動器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	※MRI・CT検査は禁忌
手術歴	年 月 日 部位・術式等	気管支喘息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	※成人発症の気管支喘息は、原則禁忌
		アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	【具体的にお願いします】
その他の患者さま留意事項 (ADL、コミュニケーション等)		妊 娠	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	インプラント他体内金属 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
		閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	入れ墨・伏針アートメイク <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

<検査結果>

画像	<input type="checkbox"/> DVD-R(<input type="checkbox"/> 後日郵送 / <input type="checkbox"/> 当日持ち帰り) <input type="checkbox"/> 不要 ※急ぎで結果が必要な場合は予約電話にてお申し付けください	読影	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 ※読影レポートは、後日、郵送とさせていただきます
----	---	----	--

紹介元医療機関名(所在地、名称、TEL)	年 月 日
〒 -	
住所	診療科名
名称	
電話	医師氏名

検査予約票

フリガナ			
患者氏名			様 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
生年月日	年	月	日()才
電話番号	自宅:	-	-
	携帯:	-	-

来院日時	20	年	月	日	時	分
------	----	---	---	---	---	---

検査を受ける患者さまへ

- 来院時刻に 1F 総合受付にお越し下さい。
- 検査当日は予約票(本状)、保険証をご提示下さい。
- 当日検査に遅れる場合やキャンセルする場合、ご予約の変更が生じた場合は事前に直接、四谷メディカルキューブ(03-3261-0488)までご連絡願います。
- 検査結果は当院より主治医の先生にお送りし、主治医の先生から患者さまに結果をご説明致します。当院で結果の説明は致しませんのでご了承願います。

<MR・CT・超音波検査の注意事項>

【腹部・骨盤腔および造影剤を使用して検査を受ける方へ】

- ・ 検査の6時間前から食事はお控えください。
水やお茶は飲んでも構いませんが、乳製品を含むものはお控えください。
- ・ 内服中のお薬は普段通りにお飲み下さい。

【それ以外の部位の検査を受ける方へ】

- ・ お食事・お薬は、普段通りで構いません。

<乳腺X線検査を受ける方へ>

- ・ 髪の毛の長い方はゴムやバレッタ等、髪を束ねられるものをお持ち下さい。
- ・ お食事・お薬を含め当日は普段と同じ生活をして頂いて構いません。
- ・ 当日は制汗剤やボディファンデーション等、体には何もつけないで下さい。
- ・ 当日は上半身だけを脱げるようにワンピース等の服装は避けて下さい。

検査を行う医療機関・お問い合わせ先

医療法人社団あんしん会

四谷メディカルキューブ

医療連携室

〒102-0084 東京都千代田区二番町7番7

TEL 03-3261-0488

FAX 03-3261-0407

(受付時間 9:00~17:30/日・祝休診)

交通機関

JR中央線 四ツ谷駅(麹町口)徒歩5分

東京メトロ有楽町線 麹町駅(⑤番出口)徒歩5分

東京メトロ丸の内線・南北線 四ツ谷駅(①番出口)徒歩6分



P 駐車場有(有料)

※お車で越しの際は のルートよりお入りください。(は一方通行路です。) 徒歩でお越しの際は のルートよりお入りください。