

検査依頼票（診療情報提供書）

作成日 年 月 日

①登美ヶ丘画像診断クリニック用

I D :
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)

付帯情報 身長 cm 体重 kg
移動 : 独歩 ・ 車いす ・ 寝台

検査予約日時

月 日 AM PM 時 分 より



医療法人誠仁会

登美ヶ丘

画像診断クリニック

院長 大中 宛

TEL.0742-52-6221

FAX.0742-52-6222

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（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）

経過および検査目的

手術経験・既往歴・家族歴・処方内容

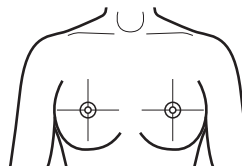
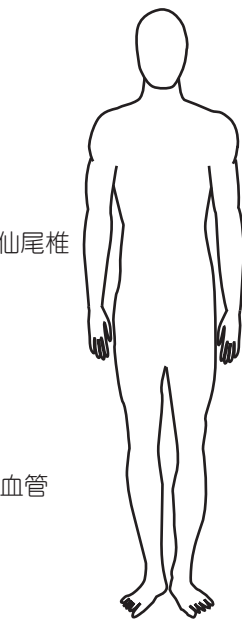
検査装置 ☐MRI ☐CT ☐マンモグラフィ

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・上位胸椎・中位胸椎・下位胸椎・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
- （下 肢）左／右 足趾・足・足関節・下腿
膝関節・大腿・股関節
- （胸 部）肺・乳房・肋骨・肋骨・鎖骨・胸部大血管
- （腹 部）肝胆脾腎・肝臓・MRCP・腎臓副腎・腹部大血管
- （下肢血管）下肢動脈・下肢静脈
- （骨盤部）子宮卵巢・前立腺・精巣・でん部・骨盤骨
- （その他）（ ）

マンモグラフィ検査（該当する項目に○印をご記入ください。）

- ①しこりがありますか？ あり(左・右・両方) ・ なし
- ②分泌物がでますか？ あり(左・右・両方) ・ なし
- ③痛みがありますか？ あり(左・右・両方) ・ なし
- ※右の図で異常部位をご記入ください。

☐ 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、MRI検査を
お受けすることができません

●刺 青：あり・なし

●補 聴 器：あり・なし

●体 内 金 属 物：あり・なし
部位（ ）
時期（ ）
素材（ ）●喫 煙 歴：あり・なし
（ ）本／日 （ ）年間

●飲 酒 習 慣：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）
子宮卵巢の検査時ご記入ください

※CT造影検査はお受けしておりません。

MRI造影検査についてはお電話にて
お問い合わせください。

検査依頼票（診療情報提供書）

作成日 年 月 日

②貴院控

I D :
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)

付帯情報 身長 cm 体重 kg
移動 : 独歩 ・ 車いす ・ 寝台

検査予約日時

月 日 AM PM 時 分 より



医療法人誠仁会

登美ヶ丘

画像診断クリニック

院長 大中 宛

TEL.0742-52-6221

FAX.0742-52-6222

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（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）

経過および検査目的

手術経験・既往歴・家族歴・処方内容

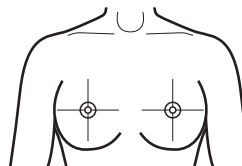
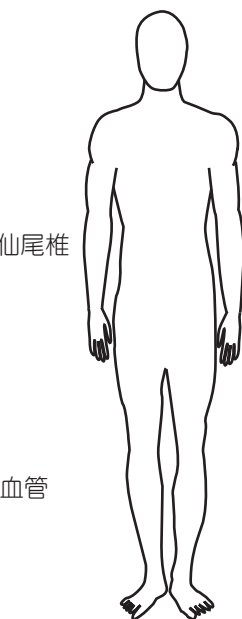
検査装置 ☐MRI ☐CT ☐マンモグラフィ

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・上位胸椎・中位胸椎・下位胸椎・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
- （下 肢）左／右 足趾・足・足関節・下腿
膝関節・大腿・股関節
- （胸 部）肺・乳房・胸骨・肋骨・鎖骨・胸部大血管
- （腹 部）肝胆脾腎・肝臓・MRCP・腎臓副腎・腹部大血管
- （下肢血管）下肢動脈・下肢静脈
- （骨盤部）子宮卵巢・前立腺・精巣・でん部・骨盤骨
- （その他）（ ）

マンモグラフィ検査（該当する項目に○印をご記入ください。）

- ①しこりがありますか？ あり(左・右・両方) ・ なし
- ②分泌物がでますか？ あり(左・右・両方) ・ なし
- ③痛みがありますか？ あり(左・右・両方) ・ なし
- ※右の図で異常部位をご記入ください。

☐ 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、MRI検査を
お受けすることができません

●刺 青：あり・なし

●補 聴 器：あり・なし

●体 内 金 属 物：あり・なし
部位（ ）
時期（ ）
素材（ ）●喫 煙 歴：あり・なし
（ ）本／日 （ ）年間

●飲 酒 習 慣：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）
子宮卵巢の検査時ご記入ください

※CT造影検査はお受けしておりません。

MRI造影検査についてはお電話にて
お問い合わせください。

検査依頼票（診療情報提供書）

作成日 年 月 日

③患者様用

I D :
フリガナ
氏 名生年月日 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)
— —付帯情報 身長 cm 体重 kg
移動 : 独歩 ・ 車いす ・ 寝台検査予約日時
月 日 AM PM 時 分 より

医療法人誠仁会

登美ヶ丘

画像診断クリニック

院長 大中 宛

TEL.0742-52-6221

FAX.0742-52-6222

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**15分前**にはご来院頂きますよう、お願い致します。
(造影検査・造影一任検査の方は、**45分前**にご来院下さい。)

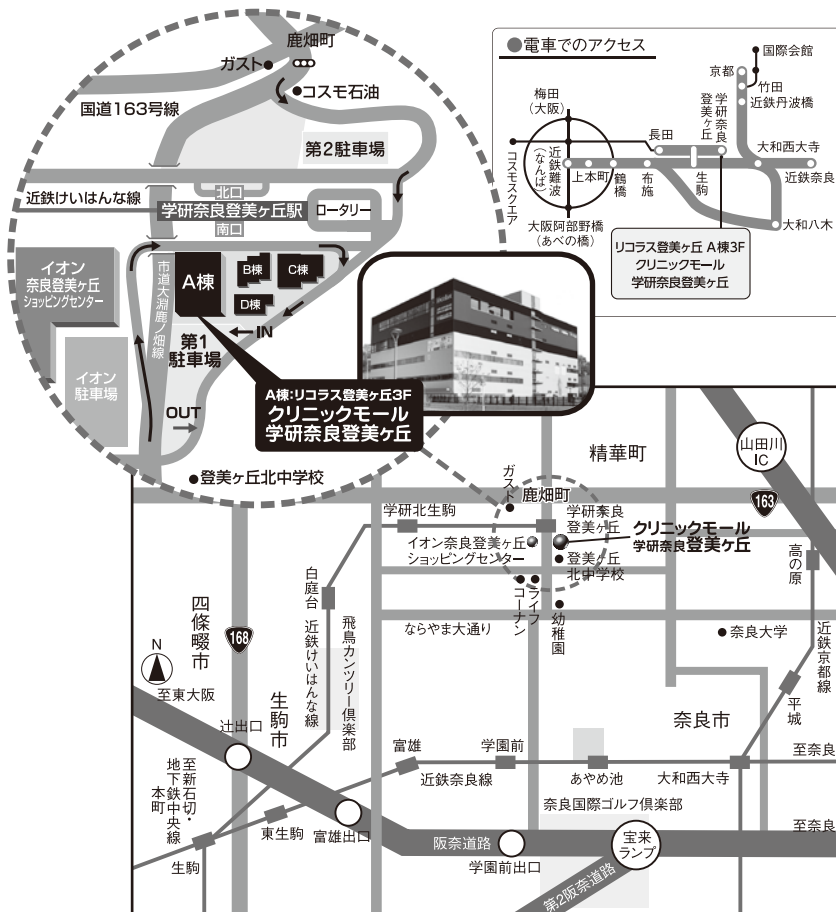
以下は重要な内容ですのでご一読ください。

当日ご持参いただくもの

・ 健康保険証 ・ 診療情報提供書

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・造影及び造影一任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ので、検査の4時間前から絶食して頂くようお願い致します。ただし、水は摂って頂いても問題ありません。



医療法人誠仁会

登美ヶ丘

画像診断クリニック

クリニックモール
学研奈良登美ヶ丘

〒631-0003

奈良県奈良市中登美ヶ丘6-3-3

リコラス登美ヶ丘A棟3F

TEL. **0742-52-6221**

FAX.0742-52-6222

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

※木曜・土曜・日祝は17:00まで

裏面もよくお読みになり、
お越し下さい。

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。

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、お申し出ください。
- 検査時間は、15分～30分程度です。（検査の内容でかわります。）
- 検査費用は、3割負担の保険でおよそ7,000円～15,000円程度です。

マンモグラフィ検査の注意点

- 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、お申し出ください。
- 検査時間は、30分程度です。（検査の内容でかわります。）
- 検査費用は、3割負担の保険でおよそ3,000円～4,000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。

※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とご相談ください。

※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。

○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。