

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

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)

①携帯 — —
②自宅 — —

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 長谷川 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(対象:50才以上))
眼窩・副鼻腔・聴器・鼻骨・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・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

検査の4時間前から絶食をお願いします

(下肢血管) 下肢動脈・下肢静脈

(骨盤部) 子宮卵巣・前立腺・精巣・でん部・骨盤骨

(その他) ()

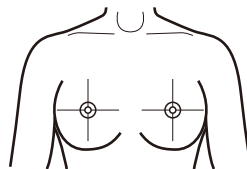
マンモグラフィ検査 (該当する項目に○印をご記入ください。)

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

MRI 検査禁忌

- 心臓ペースメーカーを埋め込んでいる方
- 人工内耳を埋め込んでいる方

※「あり」の場合は必ずご記入ください

- 体内金属物: あり・なし
病名 ()
部位 () 時期 ()
材質 ()

※不明な場合はMRI検査ができない場合があります。

MRI検査の場合マグネットネイル、マグネット式つけまつげは取り除いた状態でお越しください。

以下の項目に○を付けてご依頼をお願い致します。

- 補聴器: あり・なし
- 刺青・タトゥー: あり・なし
- 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ください。
- 妊娠の可能性: あり・なし
- 直近の月経開始日: (月 日)
・閉経

※造影検査はお受けしていません。

検査依頼票 (診療情報提供書)

作成日 年 月 日

②貴院控

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)

①携帯 — —
②自宅 — —

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 長谷川 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(対象:50才以上))
眼窩・副鼻腔・聴器・鼻骨・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・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

検査の4時間前から絶食をお願いします

(下肢血管) 下肢動脈・下肢静脈

(骨盤部) 子宮卵巣・前立腺・精巣・でん部・骨盤骨

(その他) ()

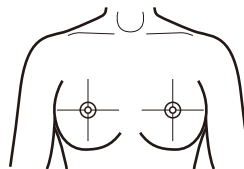
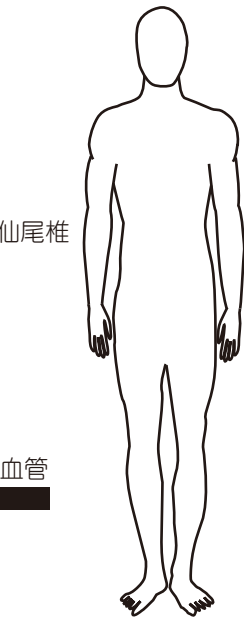
マンモグラフィ検査 (該当する項目に○印をご記入ください。)

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

MRI 検査禁忌

- 心臓ペースメーカーを埋め込んでいる方
- 人工内耳を埋め込んでいる方

※「あり」の場合は必ずご記入ください

- 体内金属物: あり・なし
病名 ()
部位 () 時期 ()
材質 ()

※不明な場合はMRI検査ができない場合があります。

MRI検査の場合マグネットネイル、マグネット式つけまつげは取り除いた状態でお越しください。

以下の項目に○を付けてご依頼をお願い致します。

- 補聴器: あり・なし
- 刺青・タトゥー: あり・なし
- 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ください。
- 妊娠の可能性: あり・なし
- 直近の月経開始日: (月 日)
・閉経

※造影検査はお受けしていません。

検査依頼票（診療情報提供書）

作成日 年 月 日

③患者様用

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)

①携帯 — —
②自宅 — —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 長谷川 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。
(提携駐車場は2時間まで無料です。超過分は実費となりますのでご了承ください。)

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

- ・健康保険証もしくはマイナンバーカード
- ・検査依頼票（診療情報提供書）
- ・参照画像（CD/DVDなど）

食事・お薬について

- 常用薬を服用されている場合は、主治医の先生の指示に従ってください。
- 腹部検査を受診される方は、食物や水分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、検査の1時間前から絶飲して頂くようお願い致します。

MRI検査を受けられる方へ

○次に該当する方はMRI検査を受けられません。一度主治医の先生にご相談ください。

- 心臓ペースメーカーや人工内耳等精密機器を植込みもしくは装着されている方。
- 体内に血管ステント、人工関節等の金属があり、術後6～8週間以内の場合。
- 体内に材質不明な金属・歯科矯正器具がある場合(※)。
- 妊娠中もしくは妊娠の可能性のある方（胎児の安全性が確立していないため受けていただけません）。

※材質が不明、MRI検査歴がない場合は来院前に手術を受けられた施設、矯正器具を取り付けた歯科医に材質とMRI検査が可能であるかをご確認いただき、当院までご連絡ください。

○次に該当するものは来院前もしくは検査前に取り除いていただきます。

- 補聴器 ●尿道カテーテルのDIBキャップ ●各種コンタクトレンズ（保管容器をご持参ください）
- 入れ歯 ●貼り薬 ●カイロ ●磁気治療器（商品名：ピップエレキバン等） ●かつら ●ヘアパウダー（白髪染め・増毛用）
- アクセサリ類 ●鉄成分が含まれた化粧品 ●マグネット式まつげ ●ネイルアート（マグネット、ラメ等）
- 制汗剤 ●腕時計 ●財布 ●万歩計 ●通信機器（スマートフォン、携帯電話等） ●磁気カード類 ●鍵類
- ボディースーツ ●発熱・保温性インナー（商品名：ヒートテック等） ●コルセット ●義手・足 ●眼鏡 など

※上記以外はホームページでご確認いただくか、当院へ直接お問い合わせください。

- MRIの検査時間は約20～40分です（検査中は動かないようにしてください）。
- 検査中はトンネル状の装置に入り、大きな機械音がします。閉所恐怖症がある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7,000～15,000円程度です。

裏面もお読みください

CT検査を受けられる方へ

- 放射線(エックス線)検査のため、妊娠中もしくは妊娠の可能性のある方は受けていただけません。
- CTの検査時間は約5~10分です。
- 検査費用は、3割負担の保険で6,000~7,000円程度です。

マンモグラフィ検査を受けられる方へ

- 放射線(エックス線)検査のため、妊娠中もしくは妊娠の可能性のある方は受けていただけません。
- 豊胸手術歴がある、授乳中もしくは断乳後6ヵ月以内、心臓ペースメーカーがある方は受けていただけません。
- 胸部外傷・肋骨骨折中の方は受けていただけない場合があるため、来院前に当院までご相談ください。
- マンモグラフィの検査時間は約10~15分です。
- 検査費用は、3割負担の保険で3,000~4,000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。

※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。

※クレジットカード、電子マネーは使用できません。現金のみとなります。ご了承ください。

電車をご利用の方
最寄の駅 近鉄けいはんな線「学研奈良登美ヶ丘」駅南口正面

バスをご利用の方
最寄のバス停「学研奈良登美ヶ丘駅」北口下車、徒歩1分

学園前駅(北)から… [102]・[112]・[113]系統… [鹿ノ台北二丁目]行き
[109]系統… [学研奈良登美ヶ丘駅]行き

高の原駅から… [77]系統… [学研奈良登美ヶ丘駅]行き
[82]系統… [高山サイエンスタウン]行き

祝園駅から… [56]・[58]・[59]系統… [学研奈良登美ヶ丘駅]行き

**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 |
|------------|---|---|---|---|---|----|----|
| 9:00~19:00 | ● | ● | ● | ● | ● | ●* | ●* |

※木曜・土曜は17:00まで
※第1・3・5日曜日のみ14:00まで
※祝日は休診

駐車場が混み合う場合があるため
時間に余裕をもってお越しください

○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。