




医療法人社団 博栄会

赤羽中央総合病院

CT・MRI・マンモグラフィー・骨密度 診療情報提供書

 ご予約TEL 03-3902-2666 (放射線科直通)

 依頼票FAX 03-3902-2666

 診療時間 月～金 9:00～16:30
土 9:00～12:30

～ご予約の流れ～

放射線科直通電話にご予約していただきます。ご予約後、下記の必要書類をFAXしていただくようお願い致します。

単純CT・マンモグラフィー・骨密度検査・・・①診療情報提供書のみ
単純MRI検査・・・①+②MRI検査問診・同意書
造影CT検査・・・①+③CT・MRI造影剤問診・同意書
造影MRI検査・・・①+②+③CT・MRI造影剤問診・同意書

～検査結果の報告について～

- ・検査日を含む、当院通常診療日4日以内での発送です。
- ・画像データCDと読影報告書の同封になります。

予約時間

月 日 時 分

※事務手続き等ございますので予約時間の30分前に来院してください。

食事制限

腹部（MRI・CT）/骨盤MRIの方・・・検査4時間前より食事はお控えください。（水分は一時間前まで可）
その他の検査を受ける方・・・飲食の制限はありません。

※骨盤検査の方は来院時間の1時間前に排尿を済ませ、それ以降は控えてください。頻尿の方は排尿しても構いません。
※腹部MRI検査・骨盤MRI検査を受けられる方は、前日より鉄サプリメントを服用されないよう、お願いします。

検査当日

1 検査当日は、予約時間の30分前に、一階総合受付へお越しください。

当日ご持参いただくもの

- 診療情報提供書
- 保険証
- 赤羽中央総合病院の診察券をお持ちの方

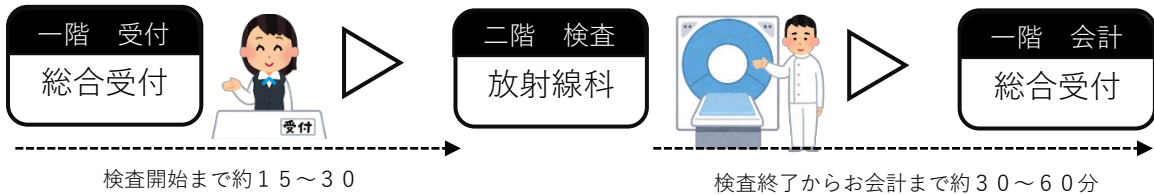
※来院時間に遅れそうな場合は必ずお電話下さい。

他の検査との兼ね合いで検査開始時間が遅くなったり、予約当日に検査が出来ない場合がございます。

電話 03-3902-2666

2 総合受付後、二階の放射線科受付へお越しください。検査後は、一階総合受付にて会計していただきます。

※検査内容や当日の状況により、所要時間が前後する場合がございます。



検査結果

検査結果は、ご依頼施設様に通常、一週間程度でお届けします。後日、依頼施設様を受診し、結果説明をお聞きください。（祝日を含む場合は遅れる可能性もございます）

赤羽中央総合病院 ご案内図

東京都北区志茂1-19-14 TEL/FAX 03-3902-2666



●JR「赤羽駅」より徒歩8分

●東京メトロ南北線「志茂駅」より徒歩7分

① 診療情報提供書

TEL・FAX03-3902-2666(直通)

① 患者様情報

貴院カルテ番号

フリガナ

氏名

生年月日 性別 男・女

② 紹介元医療機関名・所在地・電話番号

ご担当医師名

③ 来院予約日時 予約時刻30分前に来院してください

20 年 月 日 時 分

④ 検査をする機器

CT MRI X線マンモグラフィ 骨密度 (DEXA)

身長 _____ cm
体重 _____ kg

⑤ 検査禁忌事項 有の方は検査できません。

CT MMG	・妊娠または妊娠の可能性	(無・有)	MRI	別紙、②MRI検査問診・同意書もご記入ください	
	・心臓ペースメーカー	(無・有)			
	・体内埋め込み型除細動器	(無・有)	DEXA		・腰椎 大腿骨金属インプラント (無・有)
	・【マンモのみ】 豊胸(脂肪注入も含む)	(無・有)			※金属の無い部位のみ撮影します

⑥ 造影の有無

無 有

別紙、③造影剤問診・同意書もご記入ください

⑦ 検査部位 チェックは一部位のみでお願いします

<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭部VSRAD(MRI)	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> Th8-L5腰椎
<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 肩関節 (<input type="checkbox"/> みぎ・ <input type="checkbox"/> ひだり)
<input type="checkbox"/> 上腹部 【 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 膵臓 <input type="checkbox"/> 胆嚢 <input type="checkbox"/> 腎臓 】	<input type="checkbox"/> 手関節 (<input type="checkbox"/> みぎ・ <input type="checkbox"/> ひだり)
<input type="checkbox"/> 骨盤 【 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 】	<input type="checkbox"/> 股関節 (<input type="checkbox"/> みぎ・ <input type="checkbox"/> ひだり)
<input type="checkbox"/> 全腹部(CTのみ可)	<input type="checkbox"/> 膝関節 (<input type="checkbox"/> みぎ・ <input type="checkbox"/> ひだり)
※MRI上腹・骨盤部は臓器まで指定してください。	<input type="checkbox"/> その他 【 _____ 】

⑧ 疾患名または臨床診断・検査目的

傷病名

⑨ 画像・レポートについて 下欄にチェックが無い場合は、通常通り後日配達になります

画像CDのみ患者様持ち帰り (レポート後日郵送) 後日配達