




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

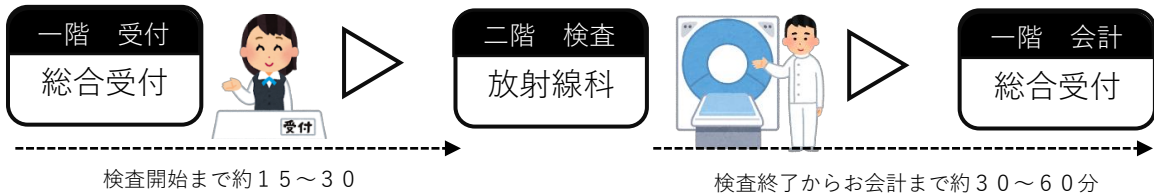
※来院時間に遅れそうな場合は必ずお電話下さい。

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



②MRI 検査問診・同意書

スキャン対象

※体内に金属物（MRI 禁忌）はありますか？ はい の方は検査できません。			
心臓ペースメーカーを使用していますか？（残存 ^レ -刃 ^ヤ -だけでも含む）	いいえ	はい	✓
ICD（埋め込み型除細動器）を使用していますか？	いいえ	はい	✓
人工内耳や神経・脊髄刺激装置などの電子機器を使用していますか？	いいえ	はい	✓
金属の義眼・義眼台、眼窩または目の周囲に金属物がありますか？	いいえ	はい	✓
圧可変式バルブシャント（脳室・腰椎くも膜下腔シャント）がありますか？	いいえ	はい	✓
体内埋め込み型インスリンポンプ、血糖モニターを使用していますか？	いいえ	はい	✓

※その他、金属や金属含有物はありますか？ MRI 対応品ですか？			
<input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ・頸動脈クリップ <input type="checkbox"/> 心臓人工弁 <input type="checkbox"/> 内視鏡検査での止血・マーキングクリップ <input type="checkbox"/> 血管・胆道・食道・気管などのステントやコイル・カテーテル <input type="checkbox"/> 置き針 <input type="checkbox"/> 美容整形金糸 <input type="checkbox"/> 避妊リング（ミレーナ・ノバTは可） <input type="checkbox"/> 人工関節・金属釘など（創外固定ワイヤーは不可） <input type="checkbox"/> その他（部位： _____ 材質： _____）	いいえ	MRI 対応品	
<input type="checkbox"/> 歯科インプラントを使用していますか？			
カラーコンタクト・ジェルネイル・マグネットネイルを装着していますか？	いいえ	はい	✓
補聴器・かつら・増毛剤（スパーミカヘア等）をご使用していますか？	いいえ	はい	✓
妊娠または、妊娠の可能性がありますか？	いいえ	はい	✓
閉所恐怖症（狭いところが苦手）ですか？	いいえ	はい	✓
入れ墨、タトゥー、アートメイクはありますか？ 上記の染料には金属を含んでいる場合があります、火傷（やけど）の危険性があります。また染料が薄くなるような症状が現れる場合がございます。ご承諾いただける場合のみ 《検査同意します》 をチェックしてください。同意頂けない場合は検査出来ません。検査中に発熱や違和感等が認められた場合、検査中止となります。予めご了承ください。	いいえ	検査同意 します	

【 MRI 検査同意書 】

私は、この都度予定された MRI 検査の必要性と内容および禁止事項を十分理解した上で、MRI 検査を受けることに同意いたします。

令和 ____年 ____月 ____日 本人署名 _____
保護者または代理人 _____

問診・同意書を確認した結果、MRI を依頼します。

令和 ____年 ____月 ____日 担当医師 _____