

検査依頼票

〔診療情報提供書〕 ご記入後、2・3枚目を患者様にお渡し下さい。

ふりがな		M ・ F
患者氏名	様	

生年月日 T・S・H・R 年 月 日 (歳)

予約日時 年 月 日 ()

受付日時 午前 午後 時 分

依頼元施設名

依頼医

電話番号 ()

MRI検査は完全予約制です。遅れて来院された場合、当日検査をお受けできない場合がございますので予めご了承下さい。

子安脳神経外科クリニック(二俣川) 予約 045-360-1123

瀬谷こやす脳神経クリニック(瀬谷) 予約 045-520-1114

傷病名

MRI 検査

- 予約は一回につき一部位とさせていただきます
- 当日検査を希望の際は御連絡下さい
(可能な限り対応致します)

頭部 脳 () 他 ()

脊椎 頸椎 胸椎 腰椎 他 ()

頸部 頸部 他 ()

胸部 乳房(右・左) 縦隔 他 ()

腹部 肝臓 MRCP 腎臓 他 ()

骨盤 前立腺 膀胱 子宮・卵巣 他 ()

四肢 肩関節 肘関節 手関節 手指 股関節
(右・左) 膝関節 足関節 足趾 他 ()

大血管 胸部MRA 腹部MRA 腎動脈MRA
 下肢血管MRA 他 ()

CT 検査

当日検査可能です ※子安脳神経外科クリニックのみ

頭部 頭部 副鼻腔 側頭骨 ()

脊椎 頸椎 胸椎 腰椎 ()

頸部 頸部 ()

胸部 胸部 ()

腹部 腹部 ()

骨盤 骨盤 ()

四肢 肩関節 肘関節 手関節 股関節
(右・左) 膝関節 足関節 他 ()

心臓 冠動脈

大血管 頭部CTA 頸部CTA 胸部CTA
 腹部CTA 下肢CTA 肺塞栓
 肺塞栓+DVT 他 ()

以下の項目についてチェックをお願いします

造影 不要 ・ 必要
(必要・一任の場合、腎機能についてお知らせください)

クレアチニン mg/dl
(検査日付 /)

心臓ペースメーカー 無 ・ 有 ⇒ MRI 検査
できません

人工内耳 無 ・ 有 ⇒ MRI 検査
できません

気管支喘息 無 ・ 有

アレルギー 無 ・ 有
(薬剤・食品・他)

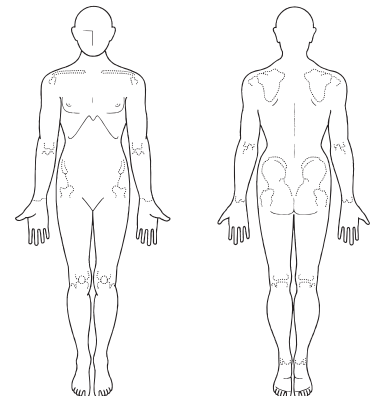
糖尿病 無 ・ 有
(薬剤)

体内金属 無 ・ 有
(種類 時期)

既往歴 無 ・ 有
{ }

《紹介・検査目的》

※ 症状経過・治療経過・撮影法・画像処理法等、
ご要望がありましたらお書き下さい。



検査依頼票

〔診療情報提供書〕

ふりがな		M ・ F
患者氏名	様	

生年月日 T・S・H・R 年 月 日 (歳)

予約日時	年	月	日 ()
受付日時	午前 午後	時	分

依頼元 施設名	依頼医
電話番号	()

子安脳神経外科クリニック(二俣川) 予約 045-360-1123

瀬谷こやす脳神経クリニック(瀬谷) 予約 045-520-1114

傷病名

MRI 検査

- 予約は一回につき一部位とさせていただきます
- 当日検査を希望の際は御連絡下さい
(可能な限り対応致します)

頭部	<input type="checkbox"/> 脳 ()	<input type="checkbox"/> 他 ()
脊椎	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 他 ()
頸部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 他 ()
胸部	<input type="checkbox"/> 乳房 (右・左)	<input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 他 ()
腹部	<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 他 ()
骨盤	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> 他 ()
四肢	<input type="checkbox"/> 肩関節	<input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手指 <input type="checkbox"/> 股関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 足趾 <input type="checkbox"/> 他 ()
大血管	<input type="checkbox"/> 胸部MRA	<input type="checkbox"/> 腹部MRA <input type="checkbox"/> 腎動脈MRA <input type="checkbox"/> 下肢血管MRA <input type="checkbox"/> 他 ()

CT 検査

当日検査可能です ※子安脳神経外科クリニックのみ

頭部	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 側頭骨 ()
脊椎	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎 ()
頸部	<input type="checkbox"/> 頸部		()
胸部	<input type="checkbox"/> 胸部		()
腹部	<input type="checkbox"/> 腹部		()
骨盤	<input type="checkbox"/> 骨盤		()
四肢	<input type="checkbox"/> 肩関節	<input type="checkbox"/> 肘関節	<input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 股関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 他 ()
心臓	<input type="checkbox"/> 冠動脈		
大血管	<input type="checkbox"/> 頭部CTA	<input type="checkbox"/> 頸部CTA	<input type="checkbox"/> 胸部CTA <input type="checkbox"/> 腹部CTA <input type="checkbox"/> 下肢CTA <input type="checkbox"/> 肺塞栓 <input type="checkbox"/> 肺塞栓+DVT <input type="checkbox"/> 他 ()

以下の項目についてチェックをお願いします

造影 不要 ・ 必要
(必要・一任の場合、腎機能についてお知らせください)

クレアチニン mg/dl
(検査日付 /)

心臓ペースメーカー 無 ・ 有 ⇒ MRI 検査
できません

人工内耳 無 ・ 有 ⇒ MRI 検査
できません

気管支喘息 無 ・ 有

アレルギー 無 ・ 有
(薬剤・食品・他)

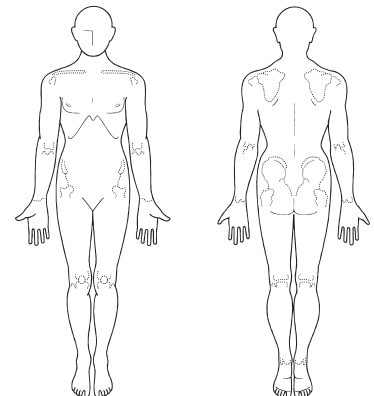
糖尿病 無 ・ 有
(薬剤)

体内金属 無 ・ 有
(種類 時期)

既往歴 無 ・ 有
{ }

《紹介・検査目的》

※ 症状経過・治療経過・撮影法・画像処理法等、ご要望がありましたらお書き下さい。



検査依頼票

〔診療情報提供書〕

ふりがな		M F	生年月日 T・S・H・R 年 月 日 (歳)
患者氏名	様		
予約日時	年 月 日 ()		依頼元施設名
受付日時	午前 午後 時 分		依頼医
			電話番号 ()

MRI検査は完全予約制です。遅れて来院された場合、当日検査をお受けできない場合がございますので予めご了承下さい。

子安脳神経外科クリニック(二俣川) 予約 045-360-1123

瀬谷こやす脳神経クリニック(瀬谷) 予約 045-520-1114

傷病名

MRI 検査

- 予約は一回につき一部位とさせていただきます
- 当日検査を希望の際は御連絡下さい (可能な限り対応致します)

頭部 脳 () 他 ()

脊椎 頸椎 胸椎 腰椎 他 ()

頸部 頸部 他 ()

胸部 乳房(右・左) 縦隔 他 ()

腹部 肝臓 MRCP 腎臓 他 ()

骨盤 前立腺 膀胱 子宮・卵巣 他 ()

四肢 肩関節 肘関節 手関節 手指 股関節
(右・左) 膝関節 足関節 足趾 他 ()

大血管 胸部MRA 腹部MRA 腎動脈MRA
 下肢血管MRA 他 ()

CT 検査 当日検査可能です ※子安脳神経外科クリニックのみ

頭部 頭部 副鼻腔 側頭骨 ()

脊椎 頸椎 胸椎 腰椎 ()

頸部 頸部 ()

胸部 胸部 ()

腹部 腹部 ()

骨盤 骨盤 ()

四肢 肩関節 肘関節 手関節 股関節
(右・左) 膝関節 足関節 他 ()

心臓 冠動脈

大血管 頭部CTA 頸部CTA 胸部CTA
 腹部CTA 下肢CTA 肺塞栓
 肺塞栓+DVT 他 ()

以下の項目についてチェックをお願いします

造影 不要 ・ 必要
(必要・一任の場合、腎機能についてお知らせください)

クレアチニン mg/dl
(検査日付 /)

心臓ペースメーカー 無 ・ 有⇒MRI検査できません

人工内耳 無 ・ 有⇒MRI検査できません

気管支喘息 無 ・ 有

アレルギー 無 ・ 有
(薬剤・食品・他)

糖尿病 無 ・ 有
(薬剤)

体内金属 無 ・ 有
(種類 時期)

既往歴 無 ・ 有
()

検査を
受けられる方へ

裏面にMRI検査・CT検査それぞれについての注意事項がありますのでお読み下さい。
検査当日は、こちらの予約票・紹介状・保険証等ご持参の上ご来院下さい。
キャンセル変更等ございましたら前日迄にご連絡をお願い致します。
検査の都合上、ご予約時間より遅れる場合がございます。予めご了承下さい。