

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	生年月日 T・S・H・R 年 月 日 (歳)
患者氏名	様		依頼元 施設名
予約日時	年 月 日 ()		依頼医
開始時刻	午前 午後 時 分		電話番号 ()

※MRI検査を受けられる方は開始時刻の30分前にお越し下さい。
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。

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)

造影 不要 ・ 必要 ・ 一任
(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

- 頭部 脳 () 他 ()
- 脊椎 頸椎 胸椎 腰椎 他 ()
- 頸部 頸部 ()
- 胸部 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 非造影検査のみ
 他 ()

CT 検査 ・ 非造影検査のみ

- 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 ()

以下の項目についてチェックをお願いします

心臓ペースメーカー 無 ・

人工内耳 無 ・

妊娠の可能性 無 ・ 有

気管支喘息 無 ・ 有

アレルギー 無 ・ 有
(薬剤・食品・他)

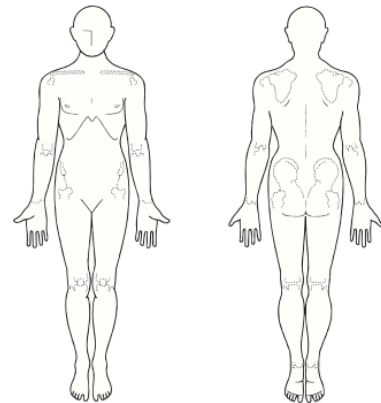
糖尿病 無 ・ 有
(薬剤)

体内金属 無 ・ 有
(種類 時期)

感染症 無 ・ 有

画像提供方法はCD-R(DICOMデータ)となります

《検査目的》 ※ 撮影法・画像処理法等、ご要望がありましたらお書きください。



大倉山脳神経外科クリニック

〒222-0037 横浜市港北区大倉山3-41-22 大倉山メディカルビル3F
TEL.045-548-1117(代表)・FAX.045-642-7711

〔依頼元控〕

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		依頼元 施設名
予約日時	年 月 日 ()		依頼医
開始時刻	午前 午後	時 分	電話番号 ()

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)

造影 不要 ・ 必要 ・ 一任
(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

- 頭部 脳 () 他 ()
- 脊椎 頸椎 胸椎 腰椎 他 ()
- 頸部 頸部 他 ()
- 胸部 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 非造影検査のみ
 他 ()

CT 検査 ・ 非造影検査のみ

- 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 ()

以下の項目についてチェックをお願いします

心臓ペースメーカー 無 ・ 有⇒検査
できません

人工内耳 無 ・ 有⇒検査
できません

妊娠の可能性 無 ・ 有

気管支喘息 無 ・ 有

アレルギー 無 ・ 有
(薬剤・食品・他)

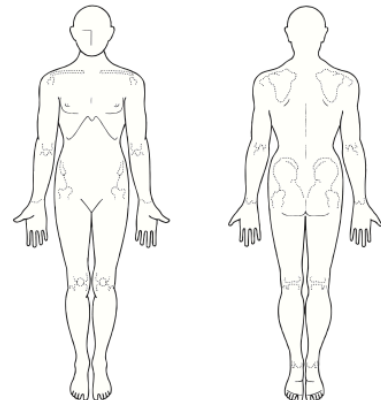
糖尿病 無 ・ 有
(薬剤)

体内金属 無 ・ 有
(種類 時期)

感染症 無 ・ 有

画像提供方法はCD-R (DICOMデータ)となります

《検査目的》 ※ 撮影法・画像処理法等、ご要望がありましたら書きください。



大倉山脳神経外科クリニック

[大倉山CL控]

検査依頼票

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

※MRI検査を受けられる方は開始時刻の30分前にお越し下さい。
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。

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)

造影 不要 ・ 必要 ・ 一任
(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

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"/> 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"/> 非造影検査のみ	
	<input type="checkbox"/> 他 ()	

CT 検査

• 非造影検査のみ

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 ()

以下の項目についてチェックをお願いします

心臓ペースメーカー 無 ・ 有⇒検査できません

人工内耳 無 ・ 有⇒検査できません

妊娠の可能性 無 ・ 有

気管支喘息 無 ・ 有

アレルギー (薬剤・食品・他) 無 ・ 有

糖尿病 (薬剤) 無 ・ 有

体内金属 (種類 時期) 無 ・ 有

感染症 無 ・ 有

画像提供方法はCD-R (DICOMデータ)となります。

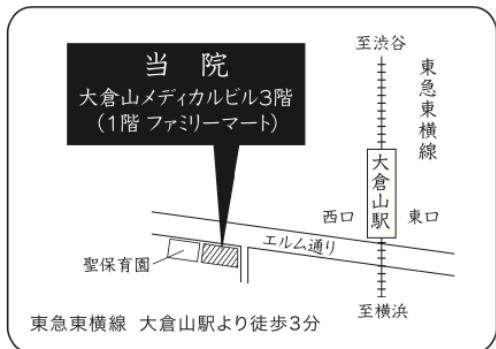
検査を受けられる方へ

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、検査開始時刻30分前までにご来院下さい。キャンセル変更等ございましたら前日までにご連絡をお願い致します。検査の都合上、ご予約の時間より遅れる場合がございます。予めご了承下さい。

大倉山脳神経外科クリニック

〒222-0037 横浜市港北区大倉山3-41-22 大倉山メディカルビル3F

TEL.045-548-1117(代表)



(患者様控)