診療情報提供書（検査依頼書）

年　月　日

紹介先　ふくなが脳神経クリニック内「画像診断センター」
〒661-0035　兵庫県尼崎市武庫之荘Ⅰ丁目18-5　武庫之荘メディカルキューブ1F
TEL 06-6434-1236　FAX 06-6434-1002

氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）	紹介元医療機関
様　（男・女）	名称・住所 ご担当医師名
生年月日 T・S・H・R　年　月　日（　）歳	TEL FAX

予約日時
月　日　時　分　より

＊該当するものすべてにチェックをお願い致します。

検査種別	□CT　□MR　□その他（　）	
造影剤	□なし　□あり　□一任　注：MR造影で自動注入器は使用しておりません。	
撮影部位	CT	MR
	□頭部　□副鼻腔　□眼窩　□頚椎　□胸椎 □腰・仙椎　□胸部　□上腹部　□全腹部 □胸部～骨盤腔　□胸部～上腹部　□骨盤腔 □四肢・関節（右・左　） □筋肉・軟部組織（　） □CTアンギオ（　） □その他（　）	□頭部　□頭部MRA　□頚部MRA　□副鼻腔 □眼窩　□頚椎　□胸椎　□腰・仙椎 □腹部（肝・胆・膵・腎臓） □骨盤腔（子宮　卵巣・膀胱） □MRCP　□股関節 □四肢・関節（右・左　） □筋肉・軟部組織（　） □その他（　）
病名・検査目的		
臨床経過		
	クレアチニン（　mg/dl）　ないしは シスタチンC（　mg/l） eGFR（　）mL/min/1.73㎡　【造影の場合のみご記入してください】	
結果報告	□CDR+ 検査結果（推奨）　（□レントゲンフィルム＋検査結果）	

妊娠	□なし　□あり
ペースメーカー	□なし　□あり
手術歴	□なし　□あり【手術名）　）
MR検査の場合のみ その他体内金属	□なし　□あり { 脳動脈瘤クリップ・ステント・人工内耳 その他（　） }
刺青	□なし　□あり
造影剤ありの場合のみ アレルギー	□なし　□あり（　）

紹介元医療機関（控）

診療情報提供書（検査依頼書）

年　月　日

紹介先　ふくなが脳神経クリニック内「画像診断センター」

〒661-0035　兵庫県尼崎市武庫之荘Ⅰ丁目 18-5　武庫之荘メディカルキューブ 1F
TEL 06-6434-1236　FAX 06-6434-1002

氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）	紹介元医療機関
様　（男・女）	名称・住所 ご担当医師名
生年月日 T・S・H・R　年　月　日（　）歳	TEL FAX

予約日時
月　日　時　分　より

＊該当するものすべてにチェックをお願い致します。

検査種別	□CT　□MR　□その他（　）	
造影剤	□なし　□あり　□一任　注：MR 造影で自動注入器は使用しておりません。	
撮影部位	CT	MR
	□頭部　□副鼻腔　□眼窩　□頚椎　□胸椎 □腰・仙椎　□胸部　□上腹部　□全腹部 □胸部～骨盤腔　□胸部～上腹部　□骨盤腔 □四肢・関節（右・左　） □筋肉・軟部組織（　） □CT アンギオ（　） □その他（　）	□頭部　□頭部 MRA　□頚部 MRA　□副鼻腔 □眼窩　□頚椎　□胸椎　□腰・仙椎 □腹部（肝・胆・膵・腎臓） □骨盤腔（子宮　卵巣・膀胱） □MRCP　□股関節 □四肢・関節（右・左　） □筋肉・軟部組織（　） □その他（　）
病名・検査目的		
臨床経過		
	クレアチニン（　mg/dl）　ないしは シスタチン C（　mg/l） eGFR（　）mL/min/1.73 ㎡　【造影の場合のみご記入してください】	
結果報告	□CDR+ 検査結果（推奨）　（□レントゲンフィルム + 検査結果）	

妊娠	□なし　□あり
ペースメーカー	□なし　□あり
手術歴	□なし　□あり【手術名）　）
MR 検査の場合のみ その他体内金属	□なし　□あり｛脳動脈瘤クリップ・ステント・人工内耳 その他（　）｝
刺青	□なし　□あり
造影剤ありの場合のみ アレルギー	□なし　□あり（　）

ふくなが脳神経クリニック（控）

検査予約票

年　月　日

紹介先　ふくなが脳神経クリニック内「画像診断センター」

〒661-0035　兵庫県尼崎市武庫之荘Ｉ丁目 18-5　武庫之荘メディカルキューブ 1F
TEL 06-6434-1236　　FAX 06-6434-1002

氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）	紹介元医療機関
様　（男・女）	名称・住所 ご担当医師名
生年月日 T・S・H・R　　年　　月　　日（　　）歳	TEL FAX

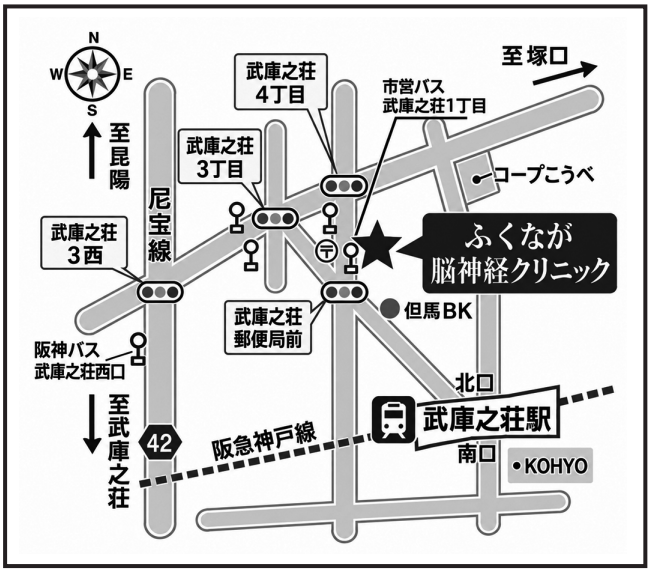
予約日時
月　　日　　時　　分　より

●CT 検査について

・放射線をもちいて体内の情報を画像化する検査です。短時間で動きのある部位にも対応できる検査です。検査は 5 分程度かかります。
・妊娠中の方は原則 CT 検査ができません。

●MR 検査について

・MR 検査は強力な磁場を用いて体内の情報を画像化する検査です。痛み等もなく安全な検査です。検査は概ね 15 分から 30 分かかります。
・妊娠中の方は原則 MR 検査ができません。
・心臓ペースメーカー・人工内耳が体内に埋め込まれている方は MR 検査ができません。
・体内にその他金属が埋め込まれている方、閉所恐怖症の方は検査ができないことがあります。
・腕時計、携帯電話、補聴器、磁気カード（キャッシュカード、クレジットカード、定期券）等は、故障、メモリの消去がおこりますので持ち込まないようにお願いします。
・カラーコンタクトレンズ、化粧品（アイメイク）、貼り薬（ノルスパンテープ）、特殊な衣服（ヒートテックなど）は金属の薄片が入っている可能性がありますのではずして下さい。入れ歯、ヘアピン、アクセサリー（イヤリング、ネックレスなど）もはずして下さい。
○腹部、骨盤検査および造影剤を使用される方は 3 時間前より絶食してください。（薬、飲水は普段通りで構いません）
○ホック、ファスナーなど金属類のある衣服は検査衣に着替えて頂くことがあります。鍵付きのロッカーを用意しておりますのでご利用下さい。



・**検査予約時刻の 15 分前には受付にお越し下さい。**
・**検査当日は予約票（本状）、保険証、診療情報書をご提示ください。**
・ご予約に変更が生じた場合には、ふくなが脳神経クリニック（06－6434－1236）までご連絡ください。

＊当院までのご案内

◀地図

阪急武庫之荘駅から徒歩 5 分
尼崎市営バス（武庫之荘 1 丁目）バス停下りてすぐ
阪神バス（武庫荘駅西口）バス停下りて徒歩 5 分