

検査依頼票（予約票）



ご紹介の先生方へ

- ◎ 1枚目（検査依頼票）と3枚目（MR・CT検査依頼票）にご記入下さい。
- ◎ 患者様に1～2枚目（検査依頼票と説明書）をお渡し下さい。
- ◎ 3枚目（MR・CT検査依頼票）をFAX送信して下さい。FAX後は貴院で保管して下さい。
（直通FAX：042-661-8140）

検査日	年 月 日 時 分			
フリガナ				
患者氏名	様			
生年月日	・	・	性別	男・女
ご紹介先名				
医師名				

《 検査予定 **30分前**迄に、この**予約票**と**保険証**を持って 》
永生病院受付にお越し下さい。

【 注 意 事 項 】

1. 検査時間は約30分です。検査によってはそれ以上時間がかかる場合がありますので予約時間に遅れないように注意して下さい。
 2. ご都合により検査に来られない場合は、なるべく早くご連絡下さい。
 3. 検査の都合で、検査開始時間が多少前後することがあります。
- ※ ご不明な点がございましたら下記までご連絡下さい。

医療法人社団 ^{えいせい} 永生会 ^{えいせい} 永生病院・^{えいせい} 永生クリニック 〒193-0942 八王子市櫛田町 583-15

永生病院 TEL：042-661-4108（代表）

TEL：042-661-5051（放射線科直通） FAX：042-661-8140（放射線科直通）

永生クリニック TEL：042-661-7780（代表）

—交通のご案内—

- 京王線「めじろ台駅」より徒歩8分
- JR「西八王子駅」南口より
京王バス法政大学行きに乗り
「めじろ台南」下車3分
- JR「高尾駅」より京王線で
「めじろ台駅」まで5分
- 永生会シャトルバスもご利用下さい。
運行情報は永生病院 042-661-4108 へ
お問い合わせ下さい。



MR検査を受けられる方へ

MR検査について

MR検査とは、大きな円筒形の磁石の中に身体を入れて強い磁石の力（磁場）を利用して、体内の情報を画像化するもので、無痛で安全な検査です。

検査前について

検査前にご案内しますが、強い磁石（磁場）を使って検査しますので、金属類は可能な限り取り外して頂きます。エレキバン・湿布・カイロ・心臓の貼り薬も外して下さい。入れ歯は外して頂きますが、かぶせて取れない治療歯はそのまま結構です。

検査時は検査着に着替えをして頂きます。

腹部（消化管）検査の方は、検査前の食事を摂らないで下さい。水分摂取は構いません。（但し、牛乳等の乳製品は不可です。）

血圧や心臓の薬のある方はお飲み頂いて結構です。

検査中について

検査中は機械からの音で「ドンドン」とか「ダンダン」などの大きな音がしますが、心配ありませんので、身体を動かさないで下さい。

検査部位などによっては、造影剤を静脈注射することもあります。

次の方は場合によって検査出来ない事があります。事前にお申し出下さい。

・心臓ペースメーカー装着の方、・材質不明な脳動脈瘤クリップ装着の方、・調節弁付き脳室腹腔シャントのある方、・外部電気刺激装置を装着している方、・血管内手術（カテーテル留置術）施行の方、・人工弁を入れている方、・人工内耳の方、・妊娠している方、・入れ墨のある方、・過去に手術をされて体内に金属のある方（尚、チタン合金等の非磁性体の金属は問題なく検査が出来ます。）

CT検査を受けられる方へ

CT検査について

CT検査とはエックス線を利用したコンピュータ断層撮影で体内の情報を画像化し、様々な疾患の診断に役立っています。

検査前について

腹部（消化管）検査の方は、検査前の食事を摂らないで下さい。水分摂取は構いません。（但し、牛乳等の乳製品は不可です。）

血圧や心臓の薬のある方はお飲み頂いて結構です。

その他の検査部位の方は、食事制限はありません。

検査中について

検査時間は約10分～30分です。（部位により異なります。）

担当技師が検査前に充分説明いたしますのでご安心下さい。

検査部位によっては静脈注射することもあります。

その他、ご不明な点、ご質問は、検査依頼票の連絡先電話番号にお問い合わせ下さい。

診療情報提供書 (MR・CT 検査依頼票) FAX 申込書



永生病院 放射線科 御中

FAX : 042-661-8140

検査日	年	月	日	時	分
フリガナ					
患者氏名	様				
生年月日	・	・	性別		男・女
ご紹介先名					
医師名					

チェック項目 (□にチェックして下さい。)					
□MR・□CT (MR検査は下記をチェックして下さい。)					
MR検査点検項目 (必須)					
ご依頼検査名	ペースメーカー	□無・□有 ()	妊 娠	□無・□有 ()	
	脳動脈瘤クリップ	□無・□有 ()	閉所恐怖症	□無・□有 ()	
	人工弁・ステント	□無・□有 ()	重篤な全身状態	□無・□有 ()	
	外科的クリップ	□無・□有 ()	重篤発作の可能性	□無・□有 ()	
	整形外科的金属	□無・□有 ()	体重 (必須)	() k g	
	□単純のみ □造影のみ ・右欄をチェックして下さい。 □単純+造影 ・右欄をチェックして下さい。			造影検査チェック項目 (必須)	
喘息既往歴				□無・□有 ()	
アレルギー				□無・□有 ()	
褐色細胞腫				□無・□有 ()	
画像診断 (読影)	□必要・□不要 (フィルムのみで可)	郵送/持帰りの別	□郵送・□持ち帰り (患者様に渡しても可)		
臨床診断・現病歴 (必須)					
検査部位・目的 (必須)					