

診療情報提供書 (検査依頼票) ①日暮里健診プラザ用

紹介先 医療法人社団 俊和会 日暮里健診プラザ

☎ 03-5850-1700 📠 03-5850-1701

お問合せ時間 9:00 ~ 17:00

フリガナ

氏名

生年月日 昭和・平成 歳

携帯番号 性別 男・女

その他電話番号 自宅・勤務先

紹介元医療機関名 (紹介元所在地)

診療科

ご担当医師名

連絡先電話番号 内線

来院予約日時 (紹介元医療機関からのご予約)

月 日 午前・午後 時 分 来院

検査区分 MRI CT 骨密度(前腕) マンモグラフィ (両1方向 両2方向)

*原則としてMRI検査は1検査1部位とさせていただきます。

Form with checkboxes for MRI/CT parts: 頭部, 頸部, 胸部, 上腹部, 腎臓, 骨盤腔, 脊椎, 膝, 肩, 四肢, その他. Includes clinical diagnosis and examination purpose fields.

妊 娠 無 有 (週) 不明 *MRI:14週未満はご本人の承諾書が必要です。 *CT:原則禁忌です。

Form for CT/MRI contrast: CT・MRI造影の有無, eGFR, and various medical history checkboxes (renal, thyroid, heart, diabetes).

MRI用検査前チェック (厳重にお願いします) 30分ほどの静止が必要となる検査です。

Table with 2 columns: 禁忌 (Contraindications) and 適応注意 (Check for contraindications). Lists items like pacemakers, metal, pregnancy, etc.

手術歴があれば具体的にご記入ください。

マンモグラフィ 禁忌 豊胸手術 無・有

画像・レポート ※がない・後日郵送の場合は、レターバック(有料)にてDVD・レポートを送付致します。

DVD (画像データ) 持ちかえり 後日郵送 ※骨密度検査は、結果用紙のみ レポート あり (FAX) あり (後日郵送) なし

その他

診療情報提供書 (検査依頼票)

②貴院控え

紹介先 医療法人社団 俊和会 日暮里健診プラザ

☎ 03-5850-1700

📠 03-5850-1701

お問合せ時間 9:00 ~ 17:00

フリガナ
氏名
生年月日 昭和・平成 歳
携帯番号 性別 男・女
その他電話番号 自宅・勤務先

紹介元医療機関名 (紹介元所在地)

診療科

ご担当医師名

連絡先電話番号

内線

来院予約日時 (紹介元医療機関からのご予約)

月 日 午前・午後 時 分 来院

検査区分 MRI CT 骨密度 (前腕) マンモグラフィ (両1方向 両2方向)

*原則としてMRI検査は1検査1部位とさせていただきます。

<input type="checkbox"/> 頭部 ()	臨床診断	
<input type="checkbox"/> 頸部 ()		
<input type="checkbox"/> 胸部 ()		
<input type="checkbox"/> 上腹部 (肝・胆・脾)		
<input type="checkbox"/> 腎臓		
<input type="checkbox"/> 骨盤腔 ()		検査部位、臨床経過および検査目的 (具体的に)
<input type="checkbox"/> 脊椎 (頸・胸・腰・仙)		
<input type="checkbox"/> 膝 (ひだり・みぎ)		
<input type="checkbox"/> 肩 (ひだり・みぎ)		
<input type="checkbox"/> 四肢 (ひだり・みぎ)		
<input type="checkbox"/> その他	◆現在の体重 _____ kg	

妊 娠 無 有 (週) 不明*MRI: 14週未満はご本人の承諾書が必要です。
*CT: 原則禁忌です。

CT・MRI造影の有無

 無 有 検査医に一任

eGFR (目安: 3ヵ月以内) ()

造影剤依頼の指示をいただいても、既往歴・疾患などによりご希望に添えない場合もございます。また、15歳未満は単純のみです。未成年 (15~19歳) で造影の場合、保護者の同意が必要です。

造影剤使用歴	無・有 ()	腎機能障害	無・有 ()
(上記“有”の人) 造影剤副作用	無・有 ()	甲状腺機能障害	無・有 ()
造影剤以外のアレルギー	無・有 ()	心臓病	無・有 ()
喘息 (造影禁忌)	無・有 ()	糖尿病	無・有 ()
授乳中	無・有 ()	ビグアナイド系糖尿病薬使用の有無	無・有 ()

MRI用検査前チェック (厳重にお願いします)

30分ほどの静止が必要となる検査です。

禁 忌

適 応 注 意 (検査不可の場合あり)

心臓ペースメーカー (MRI耐性含)	無・有 ()	脳動脈クリップ	無・有 ()
体内金属	無・有 ()	義眼	無・有 ()
人工内耳	無・有 ()	マグネット義歯	無・有 ()
2週間以内の内視鏡クリップ	無・有 ()	閉所恐怖症	無・有 ()
		刺青・アートメイク	無・有 ()
		伏針	無・有 ()

手術歴があれば具体的にご記入ください。

マンモグラフィ

禁 忌

豊胸手術

無・有

画像・レポート ※がない・後日郵送の場合は、**レターパック (有料)**にてDVD・レポートを送付致します。DVD (画像データ) 持ちかえり 後日郵送 ※骨密度検査は、結果用紙のみ

レポート

 あり (FAX) あり (後日郵送) なし その他

診療情報提供書 (検査依頼票) ③受診者持参用

紹介先 医療法人社団 俊和会 日暮里健診プラザ

☎ 03-5850-1700 📠 03-5850-1701

お問合せ時間 9:00 ~ 17:00

紹介元医療機関名 (紹介元所在地)	
診療科	
ご担当医師名	
連絡先電話番号	内線

フリガナ	
氏名	
生年月日	昭和・平成 歳
携帯番号	性別 男・女
その他電話番号	自宅・勤務先

来院予約日時 (紹介元医療機関からのご予約)				
月	日	午前・午後	時	分 来院

検査区分	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 骨密度 (前腕)	マンモグラフィ (<input type="checkbox"/> 両1方向 <input type="checkbox"/> 両2方向)
------	------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	--

検査当日について

持参するもの

- 検査依頼票 (本書)
- 保険証 (● 俊和会グループの診察券)

来院時間に遅れそうな場合は必ずお電話ください。 ☎ 03-5850-1700

MRI・CT検査における確認事項

食事制限

- 造影・腹部・骨盤(MRI) の検査の方…検査6時間前より食事制限あり (お水・お茶は可) その他の検査の方…制限なし
- お薬について…常用薬を飲んでいらっしゃる方は、主治医の指示に従ってください。
- 鉄剤サプリメントについて…腹部、骨盤MRI検査を受診される方は、当日の摂取を控えて下さい。

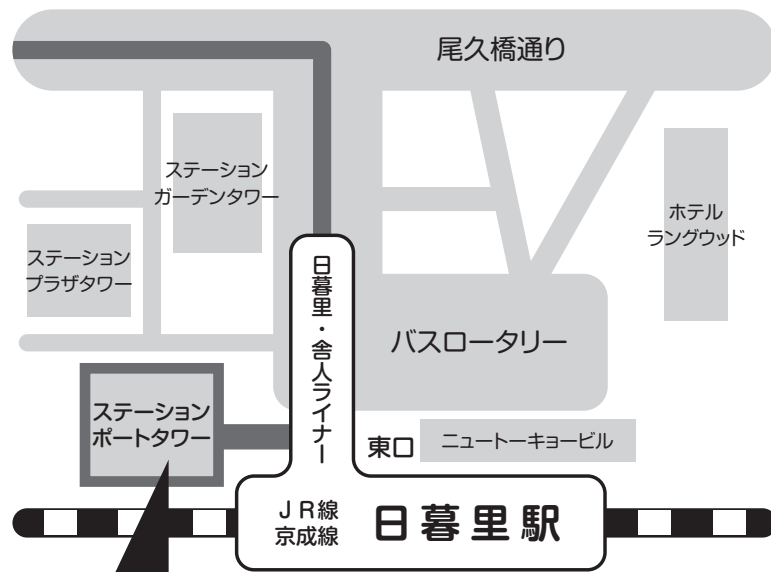
- 骨盤の検査の方は、ご来院時間1時間前までに排尿を済ませてください。
- MRIの検査時間は約30分です。撮像中は工事現場の様な音がしますので、耳栓かヘッドフォンを使用します。
- 動きに弱い検査なので、検査中はできるだけ体を動かさないでください。
- 検査着に着替えての検査になりますので、当日は着替えやすい服装でお越しください。
- 体内金属や入れ墨、ジェルネイル、化粧品の材質によっては発熱し、やけどなどの損傷をきたす恐れがあります。(必要に応じて化粧は落としていただく事があります。)

医療法人社団 俊和会 日暮里健診プラザ アクセスMAP

東京都荒川区西日暮里2-20-1
ステーションポートタワー4階

日暮里駅直結

- JR線/京成線 日暮里駅
北改札口を出て東口より徒歩1分
 - 日暮里・舍人ライナー日暮里駅
改札を出てポートタワー口直結
- ※駐車場を設けておりませんので、
公共交通機関をご利用ください。



4階

日暮里健診プラザ
予防医学管理センター
(日暮里駅直結)



アクセス方法