

氏名				
生年月日	年	月	日	依頼施設名
身長	cm	体重	k g	依頼医師名

【検査部位】(1 検査につき1部位となります) ※左右の指定はどちらか○で囲んでください。

	頭部(MRI ・ MRA ・ 両方)
	頸部
	頸椎
	胸椎
	胸骨
	胸腰椎
	腰椎
	仙・尾骨
	骨盤骨
	股関節(右・左)
	腹部(MRI・MRCP・両方)

	肩関節(右・左)
	上腕(右・左)
	肘関節(右・左)
	前腕部(右・左)
	手関節(右・左)
	手部(右・左)
	大腿(右・左)
	膝関節(右・左)
	下腿(右・左)
	足関節(右・左)
	足部(右・左)

【検査前確認事項】

- 心臓ペースメーカー (有 ・ 無)
- 脳動脈瘤クリップ (有 ・ 無)
- 外科用クリップ (有 ・ 無)
- 人工関節・骨頭 (有 ・ 無)
- ステント (有 <留置後 ヶ月 > ・ 無)
- 閉所恐怖症等精神的問題 (有 ・ 無)
- 義眼 (有 ・ 無)
- 人工弁 (有 ・ 無)
- その他の体内金属 (有 ・ 無)
- 妊娠 (有 ・ 無)

【主症状・検査目的等をご記入ください】

MRI・CT検査予約票(患者様用)

令和 年 月 日

フリガナ 患者氏名 生年月日 T・S・H 年 月 日 歳 TEL: 携帯:	性別 様(男・女) 医療機関名 所在地 電話番号 診療科 医師名
---	--

予約日時	令和 年 月 日 (曜日) 時 分
------	-------------------

患者様へのお願い

- 検査当日は、予約時間の30分前までに駒沢病院受付までお越しいただき、検査予約票を提出してください。
- 検査は予約制となっております。予約時間に遅れる、または来院できない場合は前日までにご連絡ください。

(駒沢病院 放射線科 TEL:03-3424-2515 内線128)

当日お持ちいただくもの

- ・MRI・CT検査予約票 ・診療情報提供書 ・マイナンバーカードまたは資格確認書
- ・駒沢病院の診察券(お持ちの方)

ご案内図

- 地下鉄
東急田園都市線 駒沢大学駅下車2分
- バス
渋谷駅より 二子玉川行き } 駒沢大学駅前下車2分
田園調布行き }
二子玉川より } 駒沢大学駅前下車2分
田園調布より } 渋谷行き

一般財団法人 駒 沢 病 院
平 和 協 会
東京都世田谷区駒沢2丁目2番15号
TEL(3424)2515(代)
FAX(3424)2516

