

MRI 検査票

予約日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

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。

<input type="checkbox"/>	頭部(MRI・MRA・両方)
<input type="checkbox"/>	頸部
<input type="checkbox"/>	頸椎
<input type="checkbox"/>	胸椎
<input type="checkbox"/>	胸骨
<input type="checkbox"/>	胸腰椎
<input type="checkbox"/>	腰椎
<input type="checkbox"/>	仙・尾骨
<input type="checkbox"/>	骨盤骨
<input type="checkbox"/>	股関節(右・左)
<input type="checkbox"/>	腹部(MRI・MRCP・両方)

<input type="checkbox"/>	肩関節(右・左)
<input type="checkbox"/>	上腕(右・左)
<input type="checkbox"/>	肘関節(右・左)
<input type="checkbox"/>	前腕部(右・左)
<input type="checkbox"/>	手関節(右・左)
<input type="checkbox"/>	手部(右・左)
<input type="checkbox"/>	大腿(右・左)
<input type="checkbox"/>	膝関節(右・左)
<input type="checkbox"/>	下腿(右・左)
<input type="checkbox"/>	足関節(右・左)
<input type="checkbox"/>	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)

義眼 (有 ・ 無)

人工弁 (有 ・ 無)

その他の体内金属 (有 ・ 無)

妊娠 (有 ・ 無)

閉所恐怖症等精神的問題 (有 ・ 無)

※「マグネットネイル」等磁性体の装飾品を装着している方、「金の糸」の施術を受けている方は検査を受けられません。

【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 音声ガイダンス③→④の順に押下)

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	渋谷行き	駒沢大学駅前 下車2分
田園調布より		

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

