

【FAX送信先：03-6673-2594】

CT・MRI・骨密度検査診療情報提供書(紹介状)

年 月 日

紹介先医療機関

東急株式会社 東急病院
〒145-0062 東京都大田区北千束3-27-2
TEL 03-3718-3331 (代表)
TEL 03-3718-3573 (放射線科直通)

放射線科 _____ 先生

紹介元医療機関

名称
所在地
TEL
FAX
医師名 _____

フリガナ	(必ず保険証と同じ正しいフリガナをお願いいたします)	生年月日	明・大・昭・平・令
患者様氏名			年 月 日 (歳) 男・女
住所	〒	TEL	

依頼検査 (○印を付けて下さい)	CT ・ MRI		骨密度 (腰椎 + 股関節)
	造影 要 (クレアチニン値 mg/dl) ・ 不要		※全身骨希望の際は予約時にお伝えください。
検査日時	年 月 日	午前・午後	時 分
結果受取方法	郵送・患者持ち帰り (検査当日にお渡しします。) ※持ち帰りの場合は、金曜日午後はお渡し不可。お申込時に必ずご確認下さい。		

撮影部位	頭部 ・ 頸部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 骨盤部 ・ 脊椎 ・ 四肢
傷病名・紹介目的	
既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過	
現在の処方・備考	

◆ CT・MRI検査の方は下記事項のチェックをお願いいたします。

ビグアナイド系薬剤服用：有 (休薬指示済) ・ 無 ※服用の場合、撮影2日前から撮影後2日まで休薬指示	ヨードアレルギー：有・無	感染症：有 () ・ 無	喘息：有・無
MRI検査前チェック (MRIのみ記入) 予約時に依頼医師が必ず記入してください。無記入の場合は検査できないことがあります。			
心臓ペースメーカー (有・無)	閉所恐怖症 (有・無)	その他体内埋め込み金属 ()	
脳動脈瘤クリップ (有・無)	人工骨頭・関節 (有・無)	造影剤副作用歴 (有・無)	
ステント () (有・無)	義眼 (有・無)	不整脈 (有・無)	
人工弁 (有・無)	義手・義足 (有・無)	妊娠中 (有・無)	
人工内耳 (有・無)	避妊リング (有・無)	入れ墨 (有・無)	

CT・MRI 検査を受けられる方へ（予約票）

年 月 日

紹介先医療機関

東急株式会社 東急病院
〒145-0062 東京都大田区北千束3-27-2
TEL 03-3718-3331（代表）
TEL 03-3718-3573（放射線科直通）

放射線科

紹介元医療機関

名称
所在地
TEL
FAX
医師名

フリガナ	(必ず保険証と同じ正しいフリガナをお願いいたします)	生年月日	明・大・昭・平・令
患者様氏名			年 月 日 (歳) 男・女
住 所	〒	TEL	

依頼検査 (○印を付けて下さい)	CT ・ MRI		骨密度 (腰椎 + 股関節)
	造影 要 (クレアチニン値 mg/dl) ・ 不要		※全身骨希望の際は予約時にお伝えください。
検査日時	年 月 日	午前・午後	時 分
結果受取方法	郵送・患者持ち帰り (検査当日にお渡しします。) ※持ち帰りの場合は、金曜日午後はお渡し不可。お申込時に必ずご確認下さい。		

〔検査の手順・注意事項〕

- 持ち物 予約票、保険証（お持ちの方は老人医療証・公費の医療証）、紹介状（診療情報提供書）
東急病院の診察券（お持ちの方のみ）
- 来院時間・場所 上記予約時間の30分前までに初診受付にお越しください。
骨密度検査（全身骨除く）の方は8:30～16:00の間に総合受付にお越しください。
- ※当院では交通事故の場合におきましても、診療費のお支払いを患者様をお願いしております。
（保険会社等への請求代行は行っておりません。）

CT 検査を受けられる方への注意事項

- ～CT 検査は身体のあらゆる部位を断層撮影することができ、
それにより病変の位置や大きさ、状態などを調べる検査です～
- 検査当日（来院前） ・造影剤使用の方（上記造影の記載が「有」となっている方）または腹部検査の方で
午前検査の方は朝食をとらないでお越しください。
午後 〃 昼食 〃
- 来院時 ・薬物その他にアレルギーのある方、妊娠の可能性のある方はお申し出ください。

MRI 検査を受けられる方への注意事項

- ～MRI 検査は磁気を利用して身体の構造や臓器の状態を調べる検査です。検査は30分ほどかかります。
検査中ドラムを打つような音がありますが、身体に及ぼす影響はありません～
- 検査当日（来院前） ・造影剤使用の方（上記造影の記載が「有」となっている方）または腹部検査の方は、
検査予約時間の4時間前から食事は控え下さい。お水の制限はありません。
- ・下腹部（前立腺・膀胱・婦人科系・大腸）検査をされる方は、検査の1時間前から排尿をお控えください。
 - ・ラメの入ったお化粧品や当日の部分白髪染め（スティックタイプや粉末タイプ）、カラーコンタクトレンズ、増毛パウダーはお避け下さい。

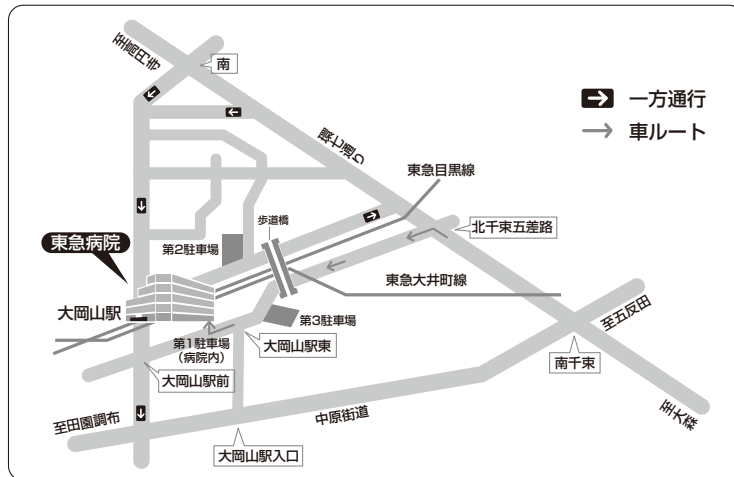
- 検査時**
- ・検査衣に着替えていただきます。次のものは必ず取り外しておいてください。
 - 〈金属製の物〉 時計・眼鏡・義歯・ヘアピン・アクセサリ類・ベルト等
 - 〈磁気関係の物〉 キャッシュカード・クレジットカード・テレホンカード・診察券・定期券・エレキバン・ホッカイロ等
 - 〈金属付きの下着〉 スリッパ・ブラジャー・ボディースーツ等
 - ・衣類と貴重品は更衣室ロッカーに鍵をして保管してください。鍵は検査時に検査担当者がお預かりします。
 - ・次の方は必ず申し出てください。検査ができない場合があります。
 - ▶心臓ペースメーカーをつけている方
 - ▶閉所恐怖症の方
 - ▶心臓の手術をされた方
 - ▶入れ墨のある方で染料に金属が多量に含まれている場合
 - ▶頭部に大きな手術をされた方
 - ▶金属研磨や金属粉を扱う仕事の方
 - ▶人工関節が入っている方
 - ▶大きな手術をされた方
 - ▶体内に金属が入っている方（例えば義眼・砲弾の破片等）

骨密度検査についての注意事項

腰椎や股関節（大腿骨頸部）に人工骨頭などの体内金属がある場合には、測定部位を変更したり計測が行えないことがありますので事前にお知らせください。

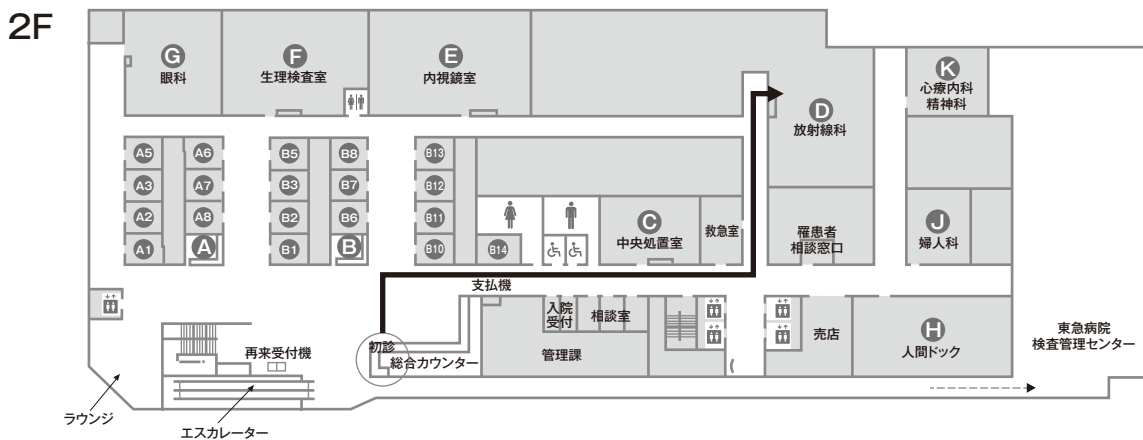
- 検査当日**
- ・検査結果受取方法が「お持ち帰り」になっている場合は、検査後 30分から1時間後に放射線科受付で結果をお渡しします。

東急病院への交通案内



東急目黒線・大井町線「大岡山」駅徒歩0分 大岡山駅直結
 ※駐車場は有料です。

院内の案内図



検査についてご不明な点、またご都合で指定の日時に来院できなくなった場合は、なるべく早めに下記へご連絡ください。

東急株式会社 東急病院
 〒145-0062 東京都大田区北千束3-27-2
 TEL 03-3718-3573 放射線科直通
 03-3718-3331(代表)