

診療情報提供書（検査依頼書）

年 月 日

紹介先



とみた脳神経クリニック内「画像診断センター」

〒661-0035 兵庫県尼崎市武庫之荘1丁目18-5 武庫之荘メディカルキューブ1F
TEL 06-6434-1236 FAX 06-6434-1002

氏名(フリガナ)	紹介元医療機関
	名称・住所
様 (男・女)	ご担当医師名
生年月日	TEL
M・T・S・H 年 月 日 ()歳	FAX

予約日時
月 日 時 分 より

＊該当するものすべてにチェックをお願い致します。

検査種別	☐ CT ☐ MR ☐ その他 ()	
造影剤	☐ なし ☐ あり ☐ 一任 注：MR造影で自動注入器は使用しておりません。	
撮影部位	CT	MR
	☐ 頭部 ☐ 副鼻腔 ☐ 眼窩 ☐ 頸椎 ☐ 胸椎	☐ 頭部 ☐ 頭部MRA ☐ 頸部MRA ☐ 副鼻腔
	☐ 腰・仙椎 ☐ 胸部 ☐ 上腹部 ☐ 全腹部	☐ 眼窩 ☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰・仙椎
	☐ 胸部～骨盤腔 ☐ 胸部～上腹部 ☐ 骨盤腔	☐ 腹部（肝・胆・膵・腎臓）
	☐ 四肢・関節（右・左)	☐ 骨盤腔（子宮・卵巣・膀胱）
	☐ 筋肉・軟部組織 ()	☐ MRCP ☐ 股関節
	☐ CTアンギオ ()	☐ 四肢・関節（右・左)
	☐ その他 ()	☐ 筋肉・軟部組織 ()
病名・検査目的		
臨床経過		
	クレアチニン (mg/dl) ないしは シスタチンC (mg/l) eGFR () mL/min/1.73m ² 【造影の場合のみご記入してください】	
結果報告	☐ CDR＋検査結果（推奨） (☐ レントゲンフィルム＋検査結果)	

妊娠	☐ なし ☐ あり
ペースメーカー	☐ なし ☐ あり
手術歴	☐ なし ☐ あり（手術名)
MR検査の場合のみ	☐ なし ☐ あり { 脳動脈瘤クリップ・ステント・人工内耳 その他 () }
その他体内金属	
刺青	☐ なし ☐ あり
造影剤ありの場合のみ アレルギー	☐ なし ☐ あり ()

紹介元医療機関(控)

診療情報提供書（検査依頼書）

年 月 日

紹介先



とみた脳神経クリニック内「画像診断センター」

〒661-0035 兵庫県尼崎市武庫之荘1丁目18-5 武庫之荘メディカルキューブ1F
TEL 06-6434-1236 FAX 06-6434-1002

氏名(フリガナ)	紹介元医療機関
	名称・住所
様 (男・女)	ご担当医師名
生年月日	TEL
M・T・S・H 年 月 日 () 歳	FAX

予約日時
月 日 時 分 より

＊該当するものすべてにチェックをお願い致します。

検査種別	☐ CT ☐ MR ☐ その他 ()																
造影剤	☐ なし ☐ あり ☐ 一任 注：MR造影で自動注入器は使用しておりません。																
撮影部位	<table><tr><th>CT</th><th>MR</th></tr><tr><td>☐頭部 ☐副鼻腔 ☐眼窩 ☐頸椎 ☐胸椎</td><td>☐頭部 ☐頭部MRA ☐頸部MRA ☐副鼻腔</td></tr><tr><td>☐腰・仙椎 ☐胸部 ☐上腹部 ☐全腹部</td><td>☐眼窩 ☐頸椎 ☐胸椎 ☐腰・仙椎</td></tr><tr><td>☐胸部～骨盤腔 ☐胸部～上腹部 ☐骨盤腔</td><td>☐腹部（肝・胆・膵・腎臓）</td></tr><tr><td>☐四肢・関節（右・左)</td><td>☐骨盤腔（子宮・卵巣・膀胱）</td></tr><tr><td>☐筋肉・軟部組織 ()</td><td>☐MRCP ☐股関節</td></tr><tr><td>☐CTアンギオ ()</td><td>☐四肢・関節（右・左)</td></tr><tr><td>☐筋肉・軟部組織 ()</td><td>☐その他 ()</td></tr></table>	CT	MR	☐ 頭部 ☐ 副鼻腔 ☐ 眼窩 ☐ 頸椎 ☐ 胸椎	☐ 頭部 ☐ 頭部MRA ☐ 頸部MRA ☐ 副鼻腔	☐ 腰・仙椎 ☐ 胸部 ☐ 上腹部 ☐ 全腹部	☐ 眼窩 ☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰・仙椎	☐ 胸部～骨盤腔 ☐ 胸部～上腹部 ☐ 骨盤腔	☐ 腹部（肝・胆・膵・腎臓）	☐ 四肢・関節（右・左)	☐ 骨盤腔（子宮・卵巣・膀胱）	☐ 筋肉・軟部組織 ()	☐ MRCP ☐ 股関節	☐ CTアンギオ ()	☐ 四肢・関節（右・左)	☐ 筋肉・軟部組織 ()	☐ その他 ()
	CT	MR															
	☐ 頭部 ☐ 副鼻腔 ☐ 眼窩 ☐ 頸椎 ☐ 胸椎	☐ 頭部 ☐ 頭部MRA ☐ 頸部MRA ☐ 副鼻腔															
	☐ 腰・仙椎 ☐ 胸部 ☐ 上腹部 ☐ 全腹部	☐ 眼窩 ☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰・仙椎															
	☐ 胸部～骨盤腔 ☐ 胸部～上腹部 ☐ 骨盤腔	☐ 腹部（肝・胆・膵・腎臓）															
	☐ 四肢・関節（右・左)	☐ 骨盤腔（子宮・卵巣・膀胱）															
	☐ 筋肉・軟部組織 ()	☐ MRCP ☐ 股関節															
	☐ CTアンギオ ()	☐ 四肢・関節（右・左)															
☐ 筋肉・軟部組織 ()	☐ その他 ()																
病名・検査目的																	
臨床経過																	
	クレアチニン (mg/dl) ないしは シスタチンC (mg/l) eGFR () mL/min/1.73m ² 【造影の場合のみご記入してください】																
結果報告	☐ CDR＋検査結果（推奨） (☐ レントゲンフィルム＋検査結果)																

妊娠	☐ なし ☐ あり
ペースメーカー	☐ なし ☐ あり
手術歴	☐ なし ☐ あり（手術名)
MR検査の場合のみ	☐ なし ☐ あり { 脳動脈瘤クリップ・ステント・人工内耳 その他 () }
その他体内金属	
刺青	☐ なし ☐ あり
造影剤ありの場合のみ	☐ なし ☐ あり ()
アレルギー	

とみた脳神経クリニック(控)

検査予約票

年 月 日

紹介先



とみた脳神経クリニック内「画像診断センター」

〒661-0035 兵庫県尼崎市武庫之荘1丁目18-5 武庫之荘メディカルキューブ1F
TEL 06-6434-1236 FAX 06-6434-1002

氏名(フリガナ)	紹介元医療機関
	名称・住所
様 (男・女)	ご担当医師名
生年月日	TEL
M・T・S・H 年 月 日 ()歳	FAX

予約日時
月 日 時 分 より

●CT検査について

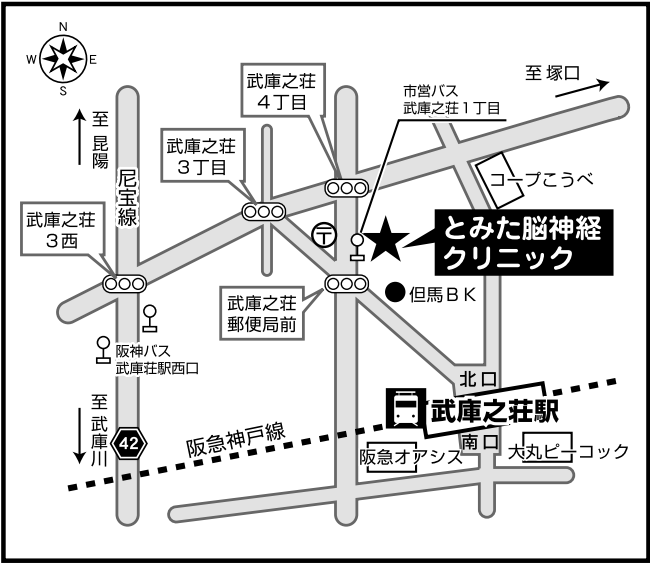
- ・放射線をもちいて体内の情報を画像化する検査です。短時間で動きのある部位にも対応できる検査です。検査は5分程度かかります。
- ・妊娠中の方は原則CT検査ができません。

●MR検査について

- ・MR検査は強力な磁場を用いて体内の情報を画像化する検査です。痛み等もなく安全な検査です。検査は概ね15分から30分かかります。
- ・妊娠中の方は原則MR検査ができません。
- ・心臓ペースメーカー・人工内耳が体内に埋め込まれている方はMR検査ができません。
- ・体内にその他金属が埋め込まれている方、閉所恐怖症の方は検査ができないことがあります。
- ・腕時計、携帯電話、補聴器、磁気カード(キャッシュカード、クレジットカード、定期券)等は、故障、メモリの消去がおこりますので持ち込まないようお願いします。
- ・カラーコンタクトレンズ、化粧品(アイメイク)、貼り薬(ノルスパンテープ)、特殊な衣服(ヒートテックなど)は金属の薄片が入っている可能性がありますのではずして下さい。入れ歯、ヘアピン、アクセサリー(イヤリング、ネックレスなど)もはずして下さい。

○腹部、骨盤検査および造影剤を使用される方は3時間前より絶食してください。(薬、飲水は普段通りで構いません)

○ホック、ファスナーなど金属類のある衣服は検査衣に着替えて頂くことがあります。鍵付きのロッカーを用意しておりますのでご利用下さい。



- ・検査予約時刻の15分前には受付にお越し下さい。
- ・検査当日は予約票(本状)、保険証、診療情報書をご提示ください。
- ・ご予約に変更が生じた場合には、とみた脳神経クリニック(06-6434-1236)までご連絡ください。

*当院までのご案内

◀地図

- ◻ 阪急武庫之荘駅から徒歩5分
- 尼崎市営バス(武庫之荘1丁目)バス停下りてすぐ
- 阪神バス(武庫之荘駅西口)バス停下りて徒歩5分