

診療情報提供書（MRI・骨密度 検査申込書）



目白画像センター

平成 年 月 日

氏名

連絡先（日中連絡がとれる電話番号）

TEL - - （自宅、携帯、勤務先）

検査日（紹介元機関からのご予約）

年 月 日 午前・午後 時 分

紹介元医療機関名の所在地及び名称

電話番号

ご担当医師名

●移送方法 独歩 車椅子 ストレッチャー

画像について

患者様お持ち帰り 宅配便

臨床症状、診断名

検査目的および撮影条件

依頼検査	MRI (1.5テスラ) 誠に申し訳ございませんが、 現在“造影検査”は施行して おりません。 [マグネシスト、EOB、 ボースデル（経口）]	<input type="checkbox"/> 頭部(MRI・MRA)	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎
		<input type="checkbox"/> 頸部(MRI・MRA)	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 仙椎
		<input type="checkbox"/> 海馬VSRAD(認知症精査)	肩関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	肘関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
		<input type="checkbox"/> MRCP(禁飲食6時間要 検査時間要相談)	<input type="checkbox"/> 股関節	膝関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
		<input type="checkbox"/> 子宮卵巣 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 膀胱	手関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	手指 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
		<input type="checkbox"/> 下肢動脈(ASO) <input type="checkbox"/> 下肢動脈(DVT)	足関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	足部 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
	<input type="checkbox"/> その他			
骨密度測定 (DEXA全身用測定器)	<input type="checkbox"/> 腰椎+大腿骨	*骨密度はレポート用紙を患者様にお渡しします		
MRI読影 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要				

■MRI検査の場合下記事項のチェックをお願いいたします

*体内金属(心ペースメーカー ・ 人工内耳 ・ 脳動脈クリップ ・ その他) (詳細) ありの場合、検査できない場合があります。	あり ・ なし
*閉所恐怖症 当院のMRIは開口が通常機種より広くなっており、圧迫感が軽減されています。	あり ・ なし
*じっとしてられない 動きがある場合、画像が乱れます。撮像数を減らし検査時間を短縮します。	あり ・ なし
*入歯(磁石で固定するもの) ありの場合、入れ歯の安定性が低下する可能性があります。	あり ・ なし
*入れ墨・アートメイク ありの場合、検査部位や時期により検査ができない場合があります。	あり ・ なし

お問い合わせ番号

☎03-5960-7300

診療情報提供書（MRI・骨密度 検査申込書）



目白画像センター

平成 年 月 日

氏名

連絡先（日中連絡がとれる電話番号）

TEL - - （自宅、携帯、勤務先）

検査日（紹介元機関からのご予約）

年 月 日 午前・午後 時 分

紹介元医療機関名の所在地及び名称

電話番号

ご担当医師名

●移送方法 独歩 車椅子 ストレッチャー

画像について

患者様お持ち帰り 宅配便

臨床症状、診断名

検査目的および撮影条件

依頼検査	MRI (1.5テスラ) 誠に申し訳ございませんが、 現在“造影検査”は施行して おりません。 [マグネシスト、EOB、 ボースデル（経口）]	<input type="checkbox"/> 頭部(MRI・MRA)	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎
		<input type="checkbox"/> 頸部(MRI・MRA)	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 仙椎
		<input type="checkbox"/> 海馬VSRAD(認知症精査)	肩関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	肘関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
		<input type="checkbox"/> MRCP(禁飲食6時間要 検査時間要相談)	<input type="checkbox"/> 股関節	膝関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
		<input type="checkbox"/> 子宮卵巣 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 膀胱	手関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	手指 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
		<input type="checkbox"/> 下肢動脈(ASO) <input type="checkbox"/> 下肢動脈(DVT)	足関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	足部 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
	<input type="checkbox"/> その他			
骨密度測定 (DEXA全身用測定器)	<input type="checkbox"/> 腰椎+大腿骨	*骨密度はレポート用紙を患者様にお渡しします		
MRI読影 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要				

■MRI検査の場合下記事項のチェックをお願いいたします

*体内金属(心ペースメーカー ・ 人工内耳 ・ 脳動脈クリップ ・ その他) (詳細) ありの場合、検査できない場合があります。	あり ・ なし
*閉所恐怖症 当院のMRIは開口が通常機種より広くなっており、圧迫感が軽減されています。	あり ・ なし
*じっとしてられない 動きがある場合、画像が乱れます。撮像数を減らし検査時間を短縮します。	あり ・ なし
*入歯(磁石で固定するもの) ありの場合、入れ歯の安定性が低下する可能性があります。	あり ・ なし
*入れ墨・アートメイク ありの場合、検査部位や時期により検査ができない場合があります。	あり ・ なし

結果はCD-Rにて患者様にお渡しします。

お問い合わせ番号

☎03-5960-7300

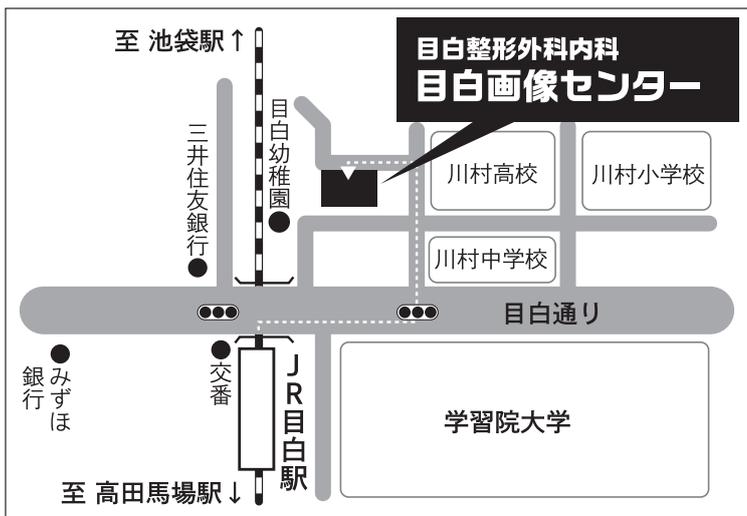
検査のご案内

検査日（紹介元機関からのご予約）

年 月 日 午前・午後 時 分

 目白整形外科内科
+ Mejiro Orthopedics and Internal Medicine Clinic

目白画像センター



診療時間

平日 9:00~12:00
14:30~18:00
土曜 9:00~12:00

アクセス

●JR 目白駅より徒歩 5 分

ご注意

おなか（腹部）の検査を受ける方

食事制限 6 時間（検査前）

その他の方は飲食の制限は
ありません

患者様へ

- 持参いただくもの……健康保険証（各種医療証）、紹介状
- 検査開始 **10分前**にご来院ください。
- 当日は、所要時間は約 1 時間を目安にしてください。（診療の都合で多少お待たせする場合がございます）
- お問い合わせは、恐れ入りますが**診療時間内**にお願い致します。

お問い合わせはこちらまで

TEL **03-5960-7300** <http://www.mejiro-seikei.com>

171-0031 東京都豊島区目白 2-38-2