

# CT・MRI・骨密度測定 検査依頼票

- ◎ 当日は、検査時間の20分前までに当院の地域医療連携支援室へお越しください。
- ◎ 万一、都合が悪く来院できない場合は、お早めに当院地域医療連携支援室まで連絡ください。
- ◎ 当日お持ちいただくもの
- ☐ 健康保険証
  - ☐ 造影剤を使った検査をされる方は必ず問診票をお持ちください。
  - ☐ ペースメーカーを装着されている方はペースメーカー手帳をお持ちください。
- ◎ CT・MRI 検査を受けられる方へ
- ☐ 腹部の検査をされる方は、当日の食事は検査時間の3時間前までにお済ませください。
  - ☐ 腹部の検査をされる方は、検査時にできるだけ尿を溜めた状態でお越しください。
  - ☐ 造影剤を使った検査をされる方は、当日の食事は検査時間の3時間前までにお済ませください。
- ◎ 骨密度検査を受けられる方へ
- ☐ 特に検査前の制限はございません。

a c c e s s g u i d e



## ◎電車ご利用の場合

- ・JR京浜東北線「東十条」駅北口より 徒歩2分
  - ・東京メトロ南北線「王子神谷」駅より 徒歩約8分
  - ・JR埼京線「十条」駅より 徒歩約10分
- 〈東十条駅までの所要時間〉  
東京駅より約20分 新宿駅より約25分

## ◎バスご利用の場合

- ・国際興業バス〔赤25・赤25-2・赤25-3・赤26・赤27・赤31・赤95系統〕  
「東十条4丁目」停留所下車 徒歩約3分
- JR「赤羽」駅東口より 約5分
- 東武伊勢崎線「西新井」駅より 約20分



医療法人財団 明理会

**明理会中央総合病院**

〒114-0001 東京都北区東十条3丁目2番11号

<http://www.ims.gr.jp/meirikaichuo/>

お問い合わせ

地域医療連携支援室

TEL.03-5902-1055 (直通)

FAX.03-5902-1056 (直通)



モバイルサイト

## CT・MRI・骨密度測定 検査依頼票

| No.   | 撮影条件 |      |      | スキャン |
|-------|------|------|------|------|
|       | KV   | mA   | sec  |      |
| 使用造影剤 |      | フィルム | 担当技師 |      |
|       |      | 枚    |      |      |

以下にご記入下さい

|       |    |      |                             |   |                              |          |                              |                                                             |
|-------|----|------|-----------------------------|---|------------------------------|----------|------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 患者様氏名 | 様  | 検査日時 | 年                           | 月 | 日                            | 午前<br>午後 | 時                            | 分                                                           |
| 貴院名   |    | 検査区分 | <input type="checkbox"/> CT |   | <input type="checkbox"/> MRI |          | <input type="checkbox"/> DXA |                                                             |
| 依頼医師名 | 先生 | 読影   | <input type="checkbox"/> 要  |   | <input type="checkbox"/> 不要  |          | 結果                           | <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-R |

| 検査部位          |               | 部位を○で囲むか( )内に直接ご記入下さい |             |
|---------------|---------------|-----------------------|-------------|
| CT            | MRI           | 原則として1検査1部位とします       |             |
| 頭部・頸部 ( )     | 頭部・頸部 ( )     | ルーチン                  | 眼 耳 副鼻腔 甲状腺 |
| 胸部 ( )        | 胸部 ( )        | 縦隔                    | 肺野 乳房 大動脈   |
| 腹部 ( )        | 腹部 ( )        | 肝 胆 膵 脾 腎 血管          |             |
| 骨盤腔 ( )       | 骨盤腔 ( )       | 膀胱 子宮 卵巣 前立腺 血管       |             |
| 椎体 ( ~ )      | 椎体 ( ~ )      | 頸椎 胸椎 腰椎 仙骨           |             |
| 関節・四肢【右 左】( ) | 関節・四肢【右 左】( ) | 肩 肘 手 股関節 膝 足         |             |
| その他 ( )       | その他 ( )       |                       |             |

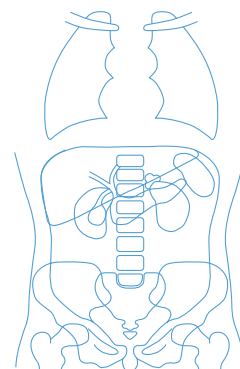
以下のチェック項目を○で囲み、( )内に詳細をお書き下さい

|         |                            |
|---------|----------------------------|
| 感染症     | 無 ・ 有 ( )                  |
| CT      |                            |
| 検査方法    | 単純 ・ 造影 ・ Dynamic          |
| ペースメーカー | 無 ・ 有 ( )                  |
| 妊娠      | 無 ・ 有 ( 月 )                |
| 安静      | 可 ・ 不可 ( )                 |
| MRI     |                            |
| 検査方法    | 単純 ・ 造影 ( Gd ・ ) ・ Dynamic |
| ペースメーカー | 無 ・ 有 ( 検査不可 )             |
| 体内金属    | 無 ・ 有 ( )                  |
| 刺青      | 無 ・ 有 ( )                  |
| 磁石式入れ歯  | 無 ・ 有 ( 磁石式は非磁性化されます )     |
| 妊娠      | 無 ・ 有 ( 月 )                |
| 安静      | 可 ・ 不可 ( )                 |
| 閉所恐怖症   | 無 ・ 有 ( )                  |

臨床診断：

既往歴及び現症：

検査目的及び方法：



医療法人財団 明理会

明理会中央総合病院

〒114-0001 東京都北区東十条3丁目2番11号

<http://www.ims.gr.jp/meirikaichuo/>

お問い合わせ

地域医療連携支援室

TEL.03-5902-1055(直通)

FAX.03-5902-1056(直通)



モバイルサイト

## CT・MRI・骨密度測定 検査依頼票

| No.   | 撮影条件 |      |      | スキャン |
|-------|------|------|------|------|
|       | KV   | mA   | sec  |      |
| 使用造影剤 |      | フィルム | 担当技師 |      |
|       |      | 枚    |      |      |

|       |    |      |                             |                             |                              |                               |                               |   |
|-------|----|------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---|
| 患者様氏名 | 様  | 検査日時 | 年                           | 月                           | 日                            | 午前<br>午後                      | 時                             | 分 |
| 貴院名   |    | 検査区分 | <input type="checkbox"/> CT |                             | <input type="checkbox"/> MRI |                               | <input type="checkbox"/> DXA  |   |
| 依頼医師名 | 先生 | 読影   | <input type="checkbox"/> 要  | <input type="checkbox"/> 不要 | 結果                           | <input type="checkbox"/> フィルム | <input type="checkbox"/> CD-R |   |

| 検査部位          |               | 部位を○で囲むか( )内に直接ご記入下さい |             |
|---------------|---------------|-----------------------|-------------|
| CT            | MRI           | 原則として1検査1部位とします       |             |
| 頭部・頸部 ( )     | 頭部・頸部 ( )     | ルーチン                  | 眼 耳 副鼻腔 甲状腺 |
| 胸部 ( )        | 胸部 ( )        | 縦隔                    | 肺野 乳房 大動脈   |
| 腹部 ( )        | 腹部 ( )        | 肝 胆 膵 脾 腎 血管          |             |
| 骨盤腔 ( )       | 骨盤腔 ( )       | 膀胱 子宮 卵巣 前立腺 血管       |             |
| 椎体 ( ~ )      | 椎体 ( ~ )      | 頸椎 胸椎 腰椎 仙骨           |             |
| 関節・四肢【右 左】( ) | 関節・四肢【右 左】( ) | 肩 肘 手 股関節 膝 足         |             |
| その他 ( )       | その他 ( )       |                       |             |

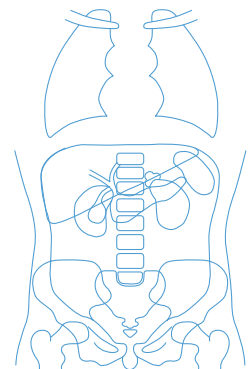
以下のチェック項目を○で囲み、( )内に詳細をお書き下さい

|         |                            |
|---------|----------------------------|
| 感染症     | 無 ・ 有 ( )                  |
| CT      |                            |
| 検査方法    | 単純 ・ 造影 ・ Dynamic          |
| ペースメーカー | 無 ・ 有 ( )                  |
| 妊娠      | 無 ・ 有 ( 月 )                |
| 安静      | 可 ・ 不可 ( )                 |
| MRI     |                            |
| 検査方法    | 単純 ・ 造影 ( Gd ・ ) ・ Dynamic |
| ペースメーカー | 無 ・ 有 ( 検査不可 )             |
| 体内金属    | 無 ・ 有 ( )                  |
| 刺青      | 無 ・ 有 ( )                  |
| 磁石式入れ歯  | 無 ・ 有 ( 磁石式は非磁性化されます )     |
| 妊娠      | 無 ・ 有 ( 月 )                |
| 安静      | 可 ・ 不可 ( )                 |
| 閉所恐怖症   | 無 ・ 有 ( )                  |

臨床診断：

既往歴及び現症：

検査目的及び方法：



医療法人財団 明理会

明理会中央総合病院

〒114-0001 東京都北区東十条3丁目2番11号

<http://www.ims.gr.jp/meirikaichuo/>

お問い合わせ

地域医療連携支援室

TEL.03-5902-1055 (直通)

FAX.03-5902-1056 (直通)



モバイルサイト

## CT・MRI・骨密度測定 検査依頼票

| No.   | 撮影条件 |      |      | スキャン |
|-------|------|------|------|------|
|       | KV   | mA   | sec  |      |
| 使用造影剤 |      | フィルム | 担当技師 |      |
|       |      | 枚    |      |      |

|       |    |      |                              |                             |                                |                               |                                  |   |
|-------|----|------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|---|
| 患者様氏名 | 様  | 検査日時 | 年                            | 月                           | 日                              | 午前<br>午後                      | 時                                | 分 |
| 貴 院 名 |    | 検査区分 | <input type="checkbox"/> C T |                             | <input type="checkbox"/> M R I |                               | <input type="checkbox"/> D X A   |   |
| 依頼医師名 | 先生 | 読影   | <input type="checkbox"/> 要   | <input type="checkbox"/> 不要 | 結果                             | <input type="checkbox"/> フィルム | <input type="checkbox"/> C D - R |   |

| 検 査 部 位          |  | 部位を○で囲むか( )内に直接ご記入下さい |                 |
|------------------|--|-----------------------|-----------------|
| CT               |  | MRI                   | 原則として1検査1部位とします |
| 頭部・頸部 ( )        |  | 頭部・頸部 ( )             |                 |
| ルーチン 眼 耳 副鼻腔 甲状腺 |  | 脳 MRA 眼 耳 副鼻腔 甲状腺     |                 |
| 胸部 ( )           |  | 胸部 ( )                |                 |
| 縦隔 肺野 乳房 大動脈     |  | 縦隔 心 肺野 乳房 大動脈        |                 |
| 腹部 ( )           |  | 腹部 ( )                |                 |
| 肝 胆 膵 脾 腎 血管     |  | 肝 胆 膵 脾 腎             |                 |
| 骨盤腔 ( )          |  | 骨盤腔 ( )               |                 |
| 膀胱 子宮 卵巣 前立腺 血管  |  | 膀胱 子宮 卵巣 前立腺          |                 |
| 椎体 ( ~ )         |  | 椎体 ( ~ )              |                 |
| 頸椎 胸椎 腰椎 仙骨      |  | 頸椎 胸椎 腰椎 仙骨           |                 |
| 関節・四肢【右 左】( )    |  | 関節・四肢【右 左】( )         |                 |
| 肩 肘 手 股関節 膝 足    |  | 肩 肘 手 股関節 膝 足         |                 |
| その他 ( )          |  | その他 ( )               |                 |

以下のチェック項目を○で囲み、( )内に詳細をお書き下さい

感染症 無 ・ 有 ( )

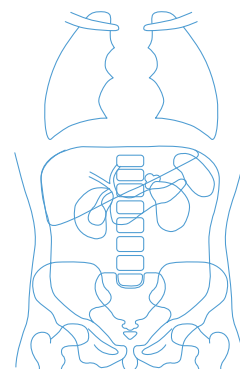
| C T     |                   |
|---------|-------------------|
| 検査方法    | 単純 ・ 造影 ・ Dynamic |
| ペースメーカー | 無 ・ 有 ( )         |
| 妊娠      | 無 ・ 有 ( 月 )       |
| 安静      | 可 ・ 不可 ( )        |

| M R I   |                            |
|---------|----------------------------|
| 検査方法    | 単純 ・ 造影 ( Gd ・ ) ・ Dynamic |
| ペースメーカー | 無 ・ 有 ( 検査不可 )             |
| 体内金属    | 無 ・ 有 ( )                  |
| 刺青      | 無 ・ 有 ( )                  |
| 磁石式入れ歯  | 無 ・ 有 ( 磁石式は非磁性化されます )     |
| 妊娠      | 無 ・ 有 ( 月 )                |
| 安静      | 可 ・ 不可 ( )                 |
| 閉所恐怖症   | 無 ・ 有 ( )                  |

臨 床 診 断 :

既往歴及び現症 :

検査目的及び方法 :



医療法人財団 明理会

明理会中央総合病院

〒114-0001 東京都北区東十条3丁目2番11号

<http://www.ims.gr.jp/meirikaichuo/>

お問い合わせ

地域医療連携支援室

TEL.03-5902-1055(直通)

FAX.03-5902-1056(直通)



モバイルサイト

## CT・MRI・骨密度測定 検査依頼票

| No.   | 撮影条件 |      |      | スキャン |
|-------|------|------|------|------|
|       | KV   | mA   | sec  |      |
| 使用造影剤 |      | フィルム | 担当技師 |      |
|       |      | 枚    |      |      |

|       |    |      |                              |                             |                                |                               |                                  |   |
|-------|----|------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|---|
| 患者様氏名 | 様  | 検査日時 | 年                            | 月                           | 日                              | 午前<br>午後                      | 時                                | 分 |
| 貴 院 名 |    | 検査区分 | <input type="checkbox"/> C T |                             | <input type="checkbox"/> M R I |                               | <input type="checkbox"/> D X A   |   |
| 依頼医師名 | 先生 | 読影   | <input type="checkbox"/> 要   | <input type="checkbox"/> 不要 | 結果                             | <input type="checkbox"/> フィルム | <input type="checkbox"/> C D - R |   |

| 検 査 部 位       |               | 部位を○で囲むか( )内に直接ご記入下さい |             |
|---------------|---------------|-----------------------|-------------|
| CT            | MRI           | 原則として1検査1部位とします       |             |
| 頭部・頸部 ( )     | 頭部・頸部 ( )     | ルーチン                  | 眼 耳 副鼻腔 甲状腺 |
| 胸部 ( )        | 胸部 ( )        | 縦隔                    | 肺野 乳房 大動脈   |
| 腹部 ( )        | 腹部 ( )        | 肝 胆 膵 脾 腎 血管          |             |
| 骨盤腔 ( )       | 骨盤腔 ( )       | 膀胱 子宮 卵巣 前立腺 血管       |             |
| 椎体 ( ~ )      | 椎体 ( ~ )      | 頸椎 胸椎 腰椎 仙骨           |             |
| 関節・四肢【右 左】( ) | 関節・四肢【右 左】( ) | 肩 肘 手 股関節 膝 足         |             |
| その他 ( )       | その他 ( )       |                       |             |

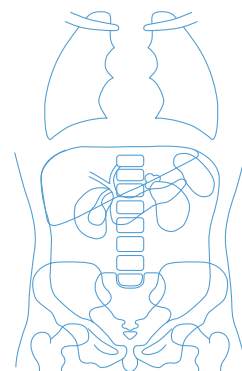
以下のチェック項目を○で囲み、( )内に詳細をお書き下さい

|         |                            |
|---------|----------------------------|
| 感染症     | 無 ・ 有 ( )                  |
| CT      |                            |
| 検査方法    | 単純 ・ 造影 ・ Dynamic          |
| ペースメーカー | 無 ・ 有 ( )                  |
| 妊娠      | 無 ・ 有 ( ヶ月 )               |
| 安静      | 可 ・ 不可 ( )                 |
| MRI     |                            |
| 検査方法    | 単純 ・ 造影 ( Gd ・ ) ・ Dynamic |
| ペースメーカー | 無 ・ 有 ( 検査不可 )             |
| 体内金属    | 無 ・ 有 ( )                  |
| 刺青      | 無 ・ 有 ( )                  |
| 磁石式入れ歯  | 無 ・ 有 ( 磁石式は非磁性化されます )     |
| 妊娠      | 無 ・ 有 ( ヶ月 )               |
| 安静      | 可 ・ 不可 ( )                 |
| 閉所恐怖症   | 無 ・ 有 ( )                  |

臨 床 診 断 :

既往歴及び現症 :

検査目的及び方法 :



医療法人財団 明理会

明理会中央総合病院

〒114-0001 東京都北区東十条3丁目2番11号

<http://www.ims.gr.jp/meirikaichuo/>

お問い合わせ

地域医療連携支援室

TEL.03-5902-1055(直通)

FAX.03-5902-1056(直通)



モバイルサイト