

診療情報提供書（検査依頼票）

貴院名	依頼医師名

患者様情報

フリガナ	性別	生年月日	備考
氏名	男・女	T・S・H 年 月 日	

医療情報

症状または病名			
依頼 検査	MRI (3.0テスラ)	<input type="checkbox"/> 頭部 (MRI/MRA)	<input type="checkbox"/> 内耳 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 眼窩
		<input type="checkbox"/> 頸部MRA <input type="checkbox"/> 頸部MRI	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎
		<input type="checkbox"/> 四肢・関節 ()	
		<input type="checkbox"/> その他部位 ()	
依頼 検査	マルチスライスCT	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 眼窩
		<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤部
		<input type="checkbox"/> その他	

結果報告方法

※画像データ (DVD-R) を患者様にお渡しします。

読影 要 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 (心臓ペースメーカー・人工内耳・脳動脈クリップ・ステント・その他)	あり・なし		
(詳細) ※ありの場合、検査ができない場合があります。			
■ 閉所恐怖症	あり・なし		
■ じっとしてられない	あり・なし		
■ 入れ歯・インプラント (磁石で固定するもの)	あり・なし		
■ 刺青・アートメイク・スーパーミリオンヘア	あり・なし		
検査予定日	令和 年 月 日	検査時間	: ~ :

※原則として検査開始20分前のご来院を患者様にご指示ください。

※検査はすべて非造影となります。ご了承ください。

戸越脳神経外科クリニック

戸越脳神経外科クリニック

交通案内

- 都営浅草線
「戸越駅」より**徒歩2分**
- 東急池上線
「戸越銀座駅」より**徒歩5分**



診療科目・内容

脳神経外科・神経内科・内科・放射線科

3.0テスラMRI・16列マルチスライスCT

お問い合わせ時間

- 平日 9:00~12:00 / 14:30~18:00
- 土曜 9:00~14:00
- 休診日 木曜・日曜・祝日

患者さまへ

検査予約日時 月 日 時 分より

- 持参するもの:健康保険証(各種医療証)、紹介状
- 検査開始**20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、上記**お問い合わせ時間内**にお願い致します。

ご担当先生ご記入欄

次回診察日 月 日

検査部位 MRI CT

※検査部位をご記入の際はMRIかCTのいずれかにを入れてください。

お問い合わせ

03-5751-7333

〒142-0041 東京都品川区戸越1-7-1 東急戸越ビル1階

戸越脳神経外科クリニック <http://www.togoshi-nsc.com>

