

MRI・CT

検査依頼票

 **0120-660-595**

- 予約電話受付時間：月～土 9:00～18:00
- 診療時間：月～土 9:00～18:00
- 休診日：日祭日・年末年始・お盆・その他

医療法人

九州画像診断クリニック

< 検査依頼票 > (兼診療情報提供書)

紹介元医療機関名	診療科名	ご担当医師名
----------	------	--------

検査依頼 患者さま					
患者氏名(フリガナ)	生年月日				
男・女	M・T S・H	年	月	日生	才
電話番号					
住所 〒	職業				

検査日	月	日	貴院次回診療日	
検査予定時間 (午前・午後)	時	分	月	日 (午前・午後)
当院の来院時間 (午前・午後)	時	分	診察日未定	
(問診と事前準備のため検査時間30分前にご来院お願い致します)				

検査区分 (検査の内容にチェックをお願いします)

MRI (単純 ・ 造影 ・ 一任) CT (単純のみ)

検査部位 ●1回の検査は1部位とさせていただきます (確実に診断が行えるようにとの判断です ご協力をお願い致します)

部 位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 顔面	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎
	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 仙椎	<input type="checkbox"/> 肩関節(右・左)	<input type="checkbox"/> 肘関節(右・左)	<input type="checkbox"/> 手関節(右・左)	<input type="checkbox"/> 股関節(右・左)				
	<input type="checkbox"/> 大腿(右・左)	<input type="checkbox"/> 膝関節(右・左)	<input type="checkbox"/> 下腿(右・左)	<input type="checkbox"/> 足関節(右・左)	<input type="checkbox"/> 手(右・左)	<input type="checkbox"/> 足(右・左)				
	<input type="checkbox"/> その他の部位・ご要望 []									

疾病名(検査目的)	原因(チェックをお願いします)
	<input type="checkbox"/> 交通事故(自賠償) <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 労災

経過・病歴・その他

的確な検査が行われるよう下記の確認をお願いします	※以下につきましては嚴重に確認をお願いします MRIの造影検査をされる方(一任の場合もある) 以下の項目に当てはまる方は造影剤を使用できません
1. MRI検査のできない方 <ul style="list-style-type: none">ペースメーカー留置の方(当院は認定施設ではありません)人工内耳の方特殊埋め込み医療機器等されている方妊娠初期の方体内に金属が入っている方(非磁性体は可)インプラント・義歯で磁石が残るタイプの方 (磁力が弱くなる可能性があるため歯科へ確認)	造影剤過敏症の既往 無・有
2. CT検査のできない方 <ul style="list-style-type: none">妊娠及び妊娠の可能性のある方	喘息 無・有
	腎障害 無・有
	クレアチニン(mg/dl) BUN(mg/dl)
	透析 無・有
	授乳 無・有
	※造影剤使用後は24時間授乳できません

■予約電話受付時間：月～土 9:00～18:00
■診療時間：月～土 9:00～18:00
休診日(日祭日・年末年始・お盆・その他)

医療法人 **九州画像診断クリニック**
〒810-8611 福岡市中央区舞鶴1-1-7 全労済マルチ天神ビル1F(昭和通り沿い)

TEL 092-737-4830
FAX 092-737-4831
ダイヤル 0120-660-595

< 検査依頼票 > (兼診療情報提供書)

紹介元医療機関名	診療科名	ご担当医師名
----------	------	--------

検査依頼 患者さま					
患者氏名(フリガナ)	生年月日				
男・女	M・T S・H	年	月	日生	才
電話番号					
住所 〒	職業				

検査日	月	日	貴院次回診療日	
検査予定時間 (午前・午後)	時	分	月	日 (午前・午後)
当院の来院時間 (午前・午後)	時	分	診察日未定	
(問診と事前準備のため検査時間30分前にご来院お願い致します)				

検査区分 (検査の内容にチェックをお願いします)

MRI (単純 ・ 造影 ・ 一任) CT (単純のみ)

検査部位 ●1回の検査は1部位とさせていただきます (確実に診断が行えるようにとの判断です ご協力をお願い致します)

部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎
	<input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎 <input type="checkbox"/> 肩関節(右・左) <input type="checkbox"/> 肘関節(右・左) <input type="checkbox"/> 手関節(右・左) <input type="checkbox"/> 股関節(右・左)
	<input type="checkbox"/> 大腿(右・左) <input type="checkbox"/> 膝関節(右・左) <input type="checkbox"/> 下腿(右・左) <input type="checkbox"/> 足関節(右・左) <input type="checkbox"/> 手(右・左) <input type="checkbox"/> 足(右・左)
	<input type="checkbox"/> その他の部位・ご要望 []

疾病名(検査目的)	原因(チェックをお願いします)
	<input type="checkbox"/> 交通事故(自賠償) <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 労災

経過・病歴・その他

的確な検査が行われるよう下記の確認をお願いします	※以下につきましては嚴重に確認をお願いします
1. MRI検査のできない方	MRIの造影検査をされる方(一任の場合もある)
・ペースメーカー留置の方(当院は認定施設ではありません)	以下の項目に当てはまる方は造影剤を使用できません
・人工内耳の方	造影剤過敏症の既往 無・有
・特殊埋め込み医療機器等されている方	喘息 無・有
・妊娠初期の方	腎障害 無・有
・体内に金属が入っている方(非磁性体は可)	クレアチニン(mg/dl) BUN(mg/dl)
・インプラント・義歯で磁石が残るタイプの方 (磁力が弱くなる可能性があるため歯科へ確認)	透析 無・有
2. CT検査のできない方	授乳 無・有
・妊娠及び妊娠の可能性のある方	※造影剤使用後は24時間授乳できません

■予約電話受付時間：月～土 9:00～18:00
■診療時間：月～土 9:00～18:00
休診日(日祭日・年末年始・お盆・その他)

医療法人 **九州画像診断クリニック**
〒810-8611 福岡市中央区舞鶴1-1-7 全労済マルチ天神ビル1F(昭和通り沿い)

TEL 092-737-4830
FAX 092-737-4831
ダイヤル 0120-660-595

< 検査依頼票 > (兼診療情報提供書)

紹介元医療機関名	診療科名	ご担当医師名

検査依頼 患者さま

患者氏名(フリガナ) _____ 生年月日 _____

_____ 男・女 _____ M・T _____ 年 月 日生 才 _____

_____ S・H _____

電話番号 _____

住所 〒 _____ 職業 _____

検査日 月 日	貴院次回診療日 月 日 (午前・午後)
検査予定時間 (午前・午後) 時 分	診察日未定
当院の来院時間 (午前・午後) 時 分 (問診と事前準備のため検査時間30分前にご来院お願い致します)	

検査区分 (検査の内容にチェックをお願いします)

MRI (単純 ・ 造影 ・ 一任) CT (単純のみ)

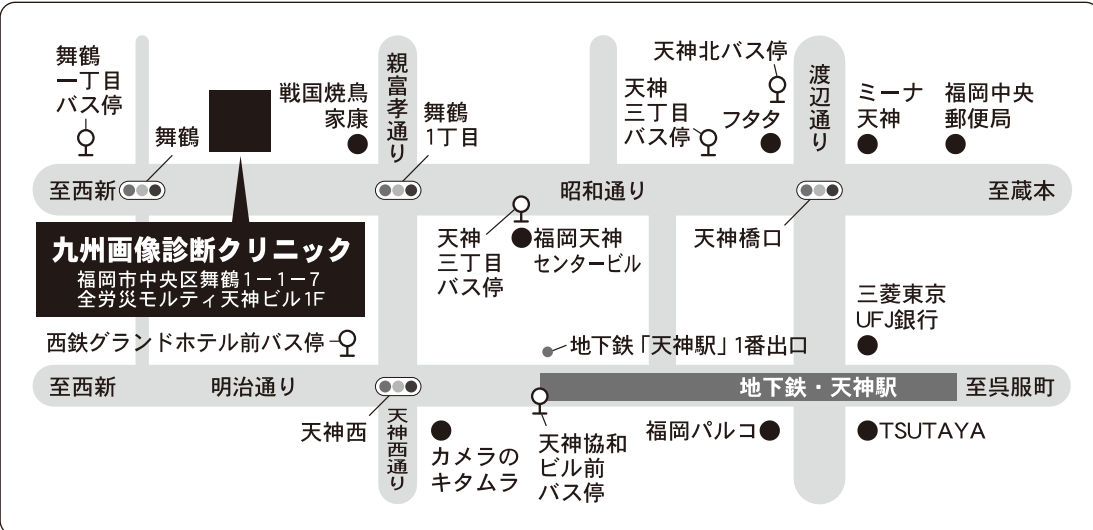
持参するもの——保険証・検査依頼票

- 当日の、所要時間は、おおよそ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)
- 受付・診察等がございますので、検査予約時間の**30分前**までにはご来院ください
- 予約時間に遅れる場合や、検査日を変更する場合は、必ずお電話くださるようお願いいたします

ご注意 おなか (腹部)の検査を受ける方 骨盤検査を受ける方 造影検査を受ける方・一任の方

食事制限6時間 (検査前) **食事制限4時間** (検査前) **食事制限4時間** (検査前)

*** 食事制限のある方は、水・お茶はかまいませんが、牛乳やクリームの入ったものはとらないでください**
*** その他の方は、飲食の制限はありません**



交通手段

- 電車でお越しの方
 - ・西鉄天神大牟田線「西鉄福岡(天神)駅」北口から徒歩10分
 - ・福岡市地下鉄空港線「天神駅」1番出口から徒歩5分
- バスでお越しの方
 - ・天神北バス停下車→昭和通りを西新方面へ徒歩5分
 - ・天神三丁目、舞鶴1丁目バス停下車→徒歩1~5分(昭和通り経由)
 - ・天神協和ビル前、西鉄グランドホテル前バス停下車→徒歩5分(明治通り経由)
- お車でお越しの方
 - ・駐車場は地下にあります。中央分離帯がありますので、西新方面よりお越しください。
 - ・サービス券をお渡しいたしますので、受付窓口へ駐車券をお持ちください。
 - ・ビル内にバイク・自転車の駐輪場はありませんので、近くの駐輪場をご利用ください。

■予約電話受付時間：月～土 9:00～18:00
 ■診療時間：月～土 9:00～18:00
 休診日 (日祭日・年末年始・お盆・その他)

医療法人 **九州画像診断クリニック**
 〒810-8611 福岡市中央区舞鶴1-1-7 全労済マルチ天神ビル1F (昭和通り沿い)

TEL 092-737-4830
 FAX 092-737-4831
 フリヤール 0120-660-595