

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 >

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

検査予定時間 (午前・午後) 時 分

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)

貴院次回診療日

月 日 (午前・午後)

診察日未定

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"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 口腔 <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"/> 軟部腫瘍・部位 [] <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)

交通事故(自賠償) 第三者行為 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

●MRI検査のできない方

- 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)

※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

造影剤過敏症の既往	無・有
喘息	無・有
腎障害	無・有
クレアチニン(mg/dl)	
透析	無・有

■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**

〒810-0073 福岡市中央区舞鶴1-1-7 モルティ天神ビル1F(昭和通り沿い)

TEL 092-737-4830

FAX 092-737-4831

フリーダイヤル 0120-660-595

< 検査依頼票 >

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"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 口腔 <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"/> 軟部腫瘍・部位 [] <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)	
・インプラント・義歯で磁石が残るタイプの方	透析 無・有	
(磁力が弱くなる可能性があるため歯科へ確認)		

■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**
〒810-0073 福岡市中央区舞鶴1-1-7 モルティ天神ビル1F(昭和通り沿い)

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

〈 検査依頼票 〉

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 _____

_____ 年 _____ 月 _____ 日 生 才 _____

男・女 _____ M・T _____ 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)

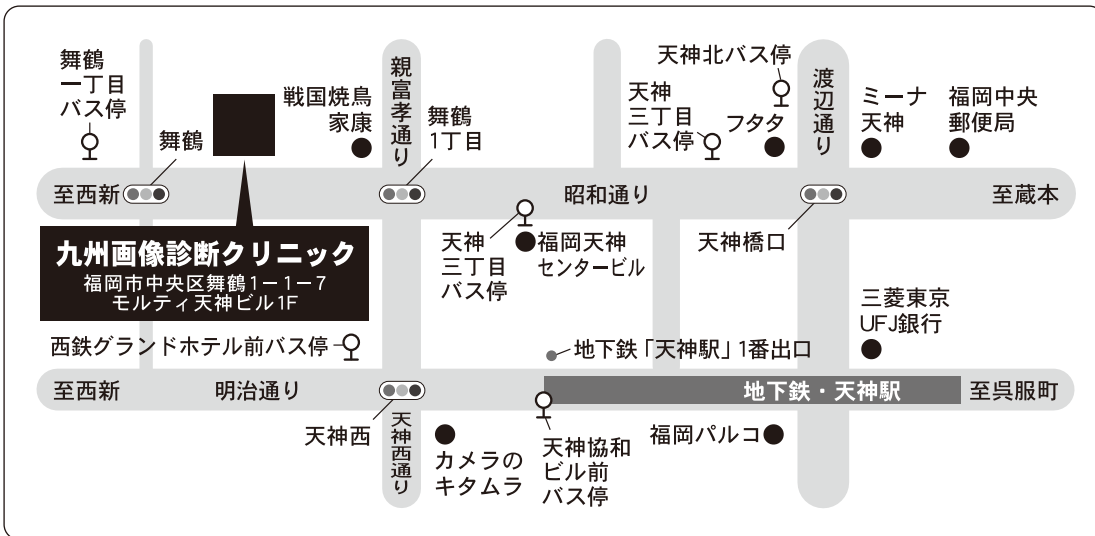
持参するもの——保険証・検査依頼票

- 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**
 〒810-0073 福岡市中央区舞鶴1-1-7 モルティ天神ビル1F (昭和通り沿い)

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