

社会医療法人社団 医善会

いずみ記念病院 MRI検査依頼

電話で検査予約をしてください

- 1、予約TEL 0120 -588 -804へ連絡し、「MRI検査予約希望」と伝えてください。（受付時間 9:00~17:00 月~土）

検査依頼票を作成してください

- 2、検査依頼票-A・B・Cを記入してください（Bは複写です）
 - （1）検査依頼票-Aは貴医療機関用、B・Cは患者持参用です。
 - （2）検査依頼票-Cは「検査前の確認事項」を説明のうえ署名をお願いします。

検査依頼票をFAXしてください

- 3、検査依頼票-B・Cを予約FAX 03-5888 -9188へ送付してください。

検査依頼票を患者さんへ渡してください

- 4、検査依頼票-B・C・Dは、当日持参用です。
患者さんへお渡しください。

いずみ記念病院

〒123-0853 東京都足立区本木1-3-7
0120-588-804 (MRI予約電話)
03-5888-2111 (代表)

©2013 Izumi Memorial Hospital



社会医療法人社団 医善会
いずみ記念病院
 ©2013 Izumi Memorial Hospital
MRI検査依頼票 - A
 (診療情報提供書) 貴医療機関用

紹介元医療機関名 (ゴム印可)

所在地

電話番号

診療科名 _____ 科 医師氏名 _____

患者情報 保険種類：国保 社保 後期 生保 自費 労災
 貴医療機関カルテ番号：
 氏名： _____ 男・女 生年月日：M T S H _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____ 歳)
 連絡先：携帯・自宅・勤務先 (_____) _____

予約日時 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分

検査・造影区分 ※アレルギー、喘息、妊娠、Cr高値の方は造影不可
 造 影 【有・無・一任する】

検査部位 をチェック後、項目を○で囲んでください

頭部 (脳・脳動脈・下垂体・内耳・) _____)
頸部 (頸動脈・甲状腺・咽頭口頭・) _____)
脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・仙椎・) _____)
胸部 (縦隔・乳房・) _____)
腹部 (肝・胆・膵・腎・MRCP・) _____)
骨盤 (子宮・卵巣・膀胱・前立腺・) _____)
大血管 (胸・腹・骨盤・上肢・下肢・) _____)
肩関節 (ひだり・みぎ) _____)
手関節 (ひだり・みぎ) _____)
股関節 (ひだり・みぎ) _____)
膝関節 (ひだり・みぎ) _____)
足関節 (ひだり・みぎ) _____)
上肢・下肢 (上腕・肘・前腕・大腿・下腿・) _____)
その他 (_____)
 撮影方向指示 (_____)

※腹部や造影検査の方は、検査4時間前から食事制限あり (お水・茶は可です)
 ※膀胱検査の場合は検査の2時間前からトイレをお控えください

主訴 _____

診断名 _____

検査目的 _____

病状経過 _____

検査画像 媒体・発送方法 希望を○で囲んでください ※ 読影レポートは後日郵送いたします
 画像媒体：フィルム・CD 発送方法：患者へ渡す・結果と一緒に郵送

社会医療法人社団 医善会
いずみ記念病院
 ©2013 Izumi Memorial Hospital
MRI検査依頼票-B
 (診療情報提供書) 患者持参用

紹介元医療機関名 (ゴム印可)

所在地

電話番号

診療科名 _____ 科 医師氏名 _____

患者情報 保険種類：国保 社保 後期 生保 自費 労災
 貴医療機関カルテ番号：
 氏名： _____ 男・女 生年月日：M T S H _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____ 歳)
 連絡先：携帯・自宅・勤務先 (_____) _____

予約日時 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分

検査・造影区分 ※アレルギー、喘息、妊娠、Cr高値の方は造影不可
 造 影 【有・無・一任する】

検査部位 をチェック後、項目を○で囲んでください

頭部 (脳・脳動脈・下垂体・内耳・) _____)
 頸部 (頸動脈・甲状腺・咽頭口頭・) _____)
 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・仙椎・) _____)
 胸部 (縦隔・乳房・) _____)
 腹部 (肝・胆・膵・腎・MRCP・) _____)
 骨盤 (子宮・卵巣・膀胱・前立腺・) _____)
 大血管 (胸・腹・骨盤・上肢・下肢・) _____)
 肩関節 (ひだり・みぎ) _____)
 手関節 (ひだり・みぎ) _____)
 股関節 (ひだり・みぎ) _____)
 膝関節 (ひだり・みぎ) _____)
 足関節 (ひだり・みぎ) _____)
 上肢・下肢 (上腕・肘・前腕・大腿・下腿・) _____)
 その他 (_____)
 撮影方向指示 (_____)

※腹部や造影検査の方は、検査4時間前から食事制限あり (お水・茶は可です)
 ※膀胱検査の場合は検査の2時間前からトイレをお控えください

主訴 _____
 診断名 _____
 検査目的 _____
 病状経過 _____

検査画像 媒体・発送方法 希望を○で囲んでください ※ 読影レポートは後日郵送いたします
 画像媒体：フィルム・CD 発送方法：患者へ渡す・結果と一緒に郵送



社会医療法人社団 医善会
いずみ記念病院
 ©2013 Izumi Memorial Hospital
MRI検査依頼票-C
 (診療情報提供書) 患者持参用

紹介元医療機関名 (ゴム印可)

所在地 _____

電話番号 _____

診療科名 _____ 科 医師氏名 _____

患者情報 保険種類：国保 社保 後期 生保 自費 労災
 貴医療機関カルテ番号： _____

氏名： _____ 男・女 生年月日：M T S H 年 月 日 (歳)

連絡先：携帯・自宅・勤務先 (_____) _____

予約日時 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分

検査・造影区分 ※アレルギー、喘息、妊娠、Cr高値の方は造影不可
 造影 【有・無・一任する】

検査前 確認事項

来院の前に下記の事項について、患者様とご確認ください。[有]の項目が1つ以上ある場合は、検査ができないことがあります。なお、不明な点は電話にてお問い合わせください。
 [問い合わせ番号0120-588-804]

患者体重 _____ kg

体内埋め込み型医療機器・金属 (ペースメーカー、除細動器、置き針など) [有・無] 検査不可

人工内耳・中耳 [有・無] 検査不可

脳動脈クリップ、人工弁、ステント [有・無] 原則検査不可、材質確認

材質不明の人工関節や整形手術による金属類 [有・無] 原則検査不可、応相談

歯科治療による金属、矯正器具、磁石埋め込み式義歯 [有・無] 安定性低下など、応相談

刺青、アートメイク [有・無] 退色や熱傷の恐れあり

妊娠初期3ヶ月以内もしくは妊娠の可能性 [有・無] 危険性未確立、検査不可

閉所恐怖症 [有・無] 検査不可

造影 [有] の場合

過去に造影剤による副作用を起こしたことがありますか [有・無] 原則禁忌、内容確認

喘息の既往はありますか [有・無] 原則禁忌

腎臓の病気はありますか (Cr値 _____ mg/dl) [有・無] 1.5mg/dl以下が目安

現在授乳中ですか [有・無] 検査後48時間授乳禁止

感染症はありますか (肝炎、HIV、梅毒など) [有・無] 検査手技情報として必要

上記の確認事項に相違ありません。 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

確認医師署名： _____ 患者署名： _____

社会医療法人社団 医善会
いずみ記念病院

©2013 Izumi Memorial Hospital

MRI検査依頼票 - D

(注意事項とご案内) 患者持参用

検査当日、以下にご注意ください

1、検査を受ける際の注意

- ・検査にあたり、専用の検査衣に着替えていただきます。
検査室に磁気カードなど磁石に反応するものは持ち込めません。
- ・当日、アイシャドウ、マスカラなどのアイメイクは、検査による反応が出るためお控えください。
- ・コンタクトを使用している方は、検査中外していただきます。
コンタクトケース、保存液を持参してください。

2、食事などの制限について

- ・腹部や造影剤を使用する検査を受けられる方は、検査の約4時間前から食べ物をとらないでください。
お水・茶は検査前まで飲んでいただいて結構です。
- ・膀胱や骨盤の検査を受けられる方は、検査の約2時間前からトイレをお控えください。尿を溜めた状態で検査します。

3、交通案内・地図（裏面も参照下さい）



(1) 公共交通機関を利用の場合

利用駅	バス	路線	バス停
北千住駅から	東武バス	2番乗り場 北01 「東武大師線大師前駅」行	「いずみ記念病院前」 下車、すぐ 北千住駅から10分程度
	コミュニティーバス はるかぜ	4番乗り場 北05 「日暮里舎人ライナー江北駅」行	「いずみ記念病院入口」 下車、徒歩2分
東武大師線 大師前駅から	東武バス	1番乗り場 北01 「北千住駅」行	「いずみ記念病院前」 下車、すぐ
日暮里舎人ライナー 江北駅から	東武バス	3番乗り場 北05 「北千住駅」行	「いずみ記念病院前」 下車、徒歩2分
東京メトロ千代田線 町屋駅から	都営バス	「足立梅田町」行	「放水路土手下」 下車、徒歩5分

(2) 車を利用の場合

- ・環状七号線、西新井大師前交差点を北千住方面（本木新道）に入り、荒川土手の手前左側。
- ・尾竹橋通り、町屋方面から西新井橋を渡り、西新井橋北詰交差点を左折、本木一丁目交差点を本木新道に入り右側

(3) その他

- ・駐車場 19台収容可能（有料）：1時間200円・・・以後30分毎100円
（外来受診の方は1時間まで無料。受付でサービス券を受領してください）

- ・駐輪場 有



当日は**保険証**と紹介元医療機関からの**検査依頼票-B.C.D**を病院受付へ持参してください。

なお、不明な点は下記の番号にお問い合わせください。

MRI 予約TEL（受付時間 9：00～17：00 月～土）

0120-588-804