

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～金）

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-A・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



検査依頼票-Aは、貴医療機関用です。保管ください。

A

社会医療法人社団 医善会

いずみ記念病院

©2013 Izumi Memorial Hospital

MRI・CT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：

フリガナ

氏名： 男・女 生年月日：T S H R 年 月 日(歳)

連絡先： 携帯・自宅・勤務先 () -

予約日時

年 月 日 曜日 午前・午後 時 分

注意：予約時間の20分前に来院し、受付を済ませてください。

検査・造影区分

造影【有・無】 ※アレルギー、喘息、妊娠、Cr高値の方は造影不可

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・VSRAD)

☐ 頸部 (頸動脈・甲状腺・咽頭口頭・)

☐ 脊椎 (頸椎・胸椎・胸腰椎移行部・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・)

☐ 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)

☐ 四肢 (ひだり・みぎ：上腕・肘・前腕・大腿・下腿・)

☐ その他 ()

※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 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

発送方法：患者へ渡す・結果と一緒に郵送

検査依頼票- B は、03-5888-9188 へ FAX して下さい。当日持参して下さい

社会医療法人社団 医善会

いずみ記念病院

©2013 Izumi Memorial Hospital

MRI・CT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：

フリガナ

氏 名： 男・女 生年月日：T S H R 年 月 日(歳)

連絡先： 携帯・自宅・勤務先 () -

予約日時

年 月 日 曜日 午前・午後 時 分

注意：予約時間の20分前に来院し、受付を済ませてください。

検査・造影区分

造影【有・無】

※アレルギー、喘息、妊娠、Cr高値の方は造影不可

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・VSRAD)

☐ 頸部 (頸動脈・甲状腺・咽頭口頭・)

☐ 脊椎 (頸椎・胸椎・胸腰椎移行部・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・)

☐ 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)

☐ 四肢 (ひだり・みぎ：上腕・肘・前腕・大腿・下腿・)

☐ その他 ()

※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 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

発送方法：患者へ渡す・結果と一緒に郵送

検査依頼票-Cは、03-5888-9188 へ FAX して下さい。当日持参して下さい

紹介元医療機関名 (ゴム印可)

C

社会医療法人社団 医善会

いずみ記念病院

©2013 Izumi Memorial Hospital

MRI・CT検査依頼票-C

(診療情報提供書) 患者持参用

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：
フリガナ

氏 名： 男・女 生年月日：T S H R 年 月 日(歳)

連絡先： 携帯・自宅・勤務先 () -

予約日時 年 月 日 曜日 午前・午後 時 分

注意：予約時間の20分前に来院し、受付を済ませてください。

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

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）

人工内耳・中耳

脳動脈クリップ、人工弁、ステント、持続血糖測定器

材質不明の人工関節や整形手術による金属類

歯科治療による金属、矯正器具、磁石埋め込み式義歯

刺青、アートメイク

妊娠初期3ヶ月以内もしくは妊娠の可能性

閉所恐怖症

[有・無] 検査不可

[有・無] 検査不可

[有・無] 原則検査不可、材質確認

[有・無] 原則検査不可、応相談

[有・無] 安定性低下など、応相談

[有・無] 退色や熱傷の恐れあり

[有・無] 危険性未確立、検査不可

[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

喘息の既往はありますか

腎臓の病気はありますか（Cr値 mg/dl）

現在 授乳中ですか

感染症はありますか（肝炎、HIV、梅毒など）

[有・無] 原則禁忌、内容確認

[有・無] 原則禁忌

[有・無] 1.5mg/dl以下が目安

[有・無] 検査後48時間授乳禁止

[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。 年 月 日

確認医師署名： 患者署名：

検査依頼票-Dは、患者さんにお渡しいただき、内容を確認してください

D

社会医療法人社団 医善会
いずみ記念病院
©2013 Izumi Memorial Hospital
MRI・CT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～金）
0120-588-804