

診療情報提供書

【CT検査・MRI検査 予約用】

医療法人峯昭会 さいたまセントラルクリニック

医療機関名 TEL () FAX ()	病院 医院 診療所 クリニック	診療科名 科	医師名 (フルネーム) 先生
申込日 年 月 日	患者様氏名 (ふりがな)	画像送付方法	
予約日 年 月 日 午前・午後 時 分	生年月日 大正・昭和 平成 年 月 日	男・女 (満 歳)	<input type="checkbox"/> DVD (DICOM) <input type="checkbox"/> FILM
連絡先 ()	本人・家族	現在の状況	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 受診前退院 (月 日)

患者情報 (CT/MRI 共通)	【手術歴】	
【自立歩行】 可・車椅子・ストレッチャー	無・有 (年 月 術式:)	
【感染症】 無・有 (Tb, HCV, HBV, HIV, MRSA)	【妊娠 (現在)] 無・有	
【MRI 希望の方】	【30分静止】 可・不可	【体重】 (kg)
【体内金属】 無・有 (年 月 部位:)	【閉所恐怖症】 無・有	
【ペースメーカー】 無・有 (年 月)	【酸素ボンベ】 無・有	

希望される検査に○をつけて下さい

単純 CT	造影 MRI	【造影希望の方 (必須)】
単純 MRI	<input type="checkbox"/> 単純+造影 1 相 <input type="checkbox"/> 単純+Dynamic	【造影剤アレルギー】 無・有 (薬剤名:)
	<input type="checkbox"/> ガドリニウム造影剤 <input type="checkbox"/> EOB・プリモビスト	【喘息】 無・有
		【腎機能】 血清クレアチニン値 _____ mg/dl <input type="checkbox"/> 透析

希望される検査部位に○をつけて下さい

頭部: 脳 MRA (MRIのみ) VSRAD (MRIのみ) 下垂体 眼窩 副鼻腔 上顎骨 下顎骨	関節: (<input type="checkbox"/> みぎ <input type="checkbox"/> ひだり) 顎関節 肩関節 肘関節 手関節 股関節 膝関節 足関節
頸部: 舌・歯肉 咽頭 喉頭 唾液腺 甲状腺	脊椎: 頸椎 胸椎 腰仙椎
胸部: 肺 心臓 縦隔 胸骨 肋骨 乳房 (<input type="checkbox"/> みぎ <input type="checkbox"/> ひだり <input type="checkbox"/> 両側)	脈管: 大動脈 (胸部・腹部) 肺動脈 四肢 (<input type="checkbox"/> みぎ <input type="checkbox"/> ひだり) 上肢・下肢 動脈・静脈
腹部: 肝臓 胆嚢 膵臓 MRCP (MRIのみ) 脾臓 副腎 腎臓 消化管	その他 ()
骨盤: 膀胱 前立腺 精嚢 子宮 卵巣・卵管 消化管	
四肢: (<input type="checkbox"/> みぎ <input type="checkbox"/> ひだり) 上腕 前腕 大腿 下腿 手指 足指	

臨床診断名:

(疑われる疾患)

検査目的/臨床経過:

検査予約電話直通 048 - 658 - 3733 または 代表電話 048 - 658 - 3741

診療情報提供書 FAX 048 - 658 - 3734

診療情報提供書

【CT検査・MRI検査 予約用】

医療法人峯昭会 さいたまセントラルクリニック

医療機関名 TEL () FAX ()	病院 医院 診療所 クリニック	診療科名 科	医師名 (フルネーム) 先生
申込日 年 月 日	患者様氏名 (ふりがな)	画像送付方法	
予約日 年 月 日 午前・午後 時 分	生年月日 大正・昭和 平成 年 月 日	男・女 (満 歳)	<input type="checkbox"/> DVD (DICOM) <input type="checkbox"/> FILM
連絡先 ()	本人・家族	現在の状況	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 受診前退院 (月 日)

患者情報 (CT/MRI 共通)	【手術歴】	
【自立歩行】 可・車椅子・ストレッチャー	無・有 (年 月 術式:)	
【感染症】 無・有 (Tb, HCV, HBV, HIV, MRSA)	【妊娠 (現在)] 無・有	
【MRI 希望の方】	【30分静止】 可・不可	【体重】 (kg)
【体内金属】 無・有 (年 月 部位:)	【閉所恐怖症】 無・有	
【ペースメーカー】 無・有 (年 月)	【酸素ボンベ】 無・有	

希望される検査に○をつけて下さい

単純 CT	造影 MRI	【造影希望の方 (必須)】
単純 MRI	<input type="checkbox"/> 単純+造影 1 相 <input type="checkbox"/> 単純+Dynamic	【造影剤アレルギー】 無・有 (薬剤名:)
	<input type="checkbox"/> ガドリニウム造影剤 <input type="checkbox"/> EOB・プリモビスト	【喘息】 無・有
		【腎機能】 血清クレアチニン値 _____ mg/dl <input type="checkbox"/> 透析

希望される検査部位に○をつけて下さい

頭部: 脳 MRA (MRIのみ) VSRAD (MRIのみ) 下垂体 眼窩 副鼻腔 上顎骨 下顎骨	関節: (<input type="checkbox"/> みぎ <input type="checkbox"/> ひだり) 顎関節 肩関節 肘関節 手関節 股関節 膝関節 足関節
頸部: 舌・歯肉 咽頭 喉頭 唾液腺 甲状腺	脊椎: 頸椎 胸椎 腰仙椎
胸部: 肺 心臓 縦隔 胸骨 肋骨 乳房 (<input type="checkbox"/> みぎ <input type="checkbox"/> ひだり <input type="checkbox"/> 両側)	脈管: 大動脈 (胸部・腹部) 肺動脈 四肢 (<input type="checkbox"/> みぎ <input type="checkbox"/> ひだり) 上肢・下肢 動脈・静脈
腹部: 肝臓 胆嚢 膵臓 MRCP (MRIのみ) 脾臓 副腎 腎臓 消化管	その他 ()
骨盤: 膀胱 前立腺 精嚢 子宮 卵巣・卵管 消化管	
四肢: (<input type="checkbox"/> みぎ <input type="checkbox"/> ひだり) 上腕 前腕 大腿 下腿 手指 足指	

臨床診断名:

(疑われる疾患)

検査目的/臨床経過:

検査予約電話直通

048 - 658 - 3733 または 代表電話 048 - 658 - 3741

診療情報提供書

FAX 048 - 658 - 3734

CT 検査・MRI 検査 注意事項

健康保険証をお忘れなく、ご来院ください

注意事項をよくお読みになり、検査当日にご持参ください

(3 枚目) 患者様控

医療機関名 TEL () FAX ()	病院 医院 診療所 クリニック	診療科名 科	医師名 (フルネーム) 先生
申込日 年 月 日	患者様氏名 (ふりがな)		画像送付方法 <input type="checkbox"/> DVD (DICOM) <input type="checkbox"/> FILM
予約日 年 月 日 午前・午後 時 分	生年月日 大正・昭和 年 月 日 男・女 平成 (満 歳)		
連絡先 ()	本人・家族	現在の状況 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 受診前退院 (月 日)	

●CT 検査を受けられる方へ

検査時間はおよそ 10 分です。

●MRI 検査を受けられる方へ

- ①検査時間はおよそ 30 ~ 40 分です。
- ②体内電子機器 (心臓ペースメーカー (※)、植込み型除細動器 (※)、人工内耳等) を装着されている方は MRI 検査を行えません。(※MRI 対応機器を除く)
- ③体内金属 (手術に伴う人工物) がある場合は発熱 (火傷) や体内金属が動く可能性があります。該当する方はお申し出ください。
- ④閉所恐怖症の方は検査ができない場合があります。予約の際にご相談ください。
- ⑤カラーコンタクトレンズや刺青、アートメイク等は発熱や火傷の原因となるおそれがあります。安全のため検査を中止する場合がありますことをご了承ください。

●CT 検査・MRI 検査 (共通) 注意事項

- ①妊娠中や授乳中の方、または妊娠の可能性のある方はお申し出ください。
- ②常備薬はいつも通りお飲みください。
- ③腹部や骨盤部の検査および**造影検査**の方は、**検査 4 時間前から絶食**してください。お水、お茶は検査の 1 時間前までお飲みいただいて結構です。
- ④検査前に検査着に着替えていただきます。着替えが難しい方は、予め金属類のない衣類でいらしてください。
- ⑤ご予約時間より早く来院された場合も、決められた時間までお待ちいただきますのでご了承ください。また、予約制をとっておりますが、当日の検査進行状況によりお待ちいただくことがありますのでご了承ください。

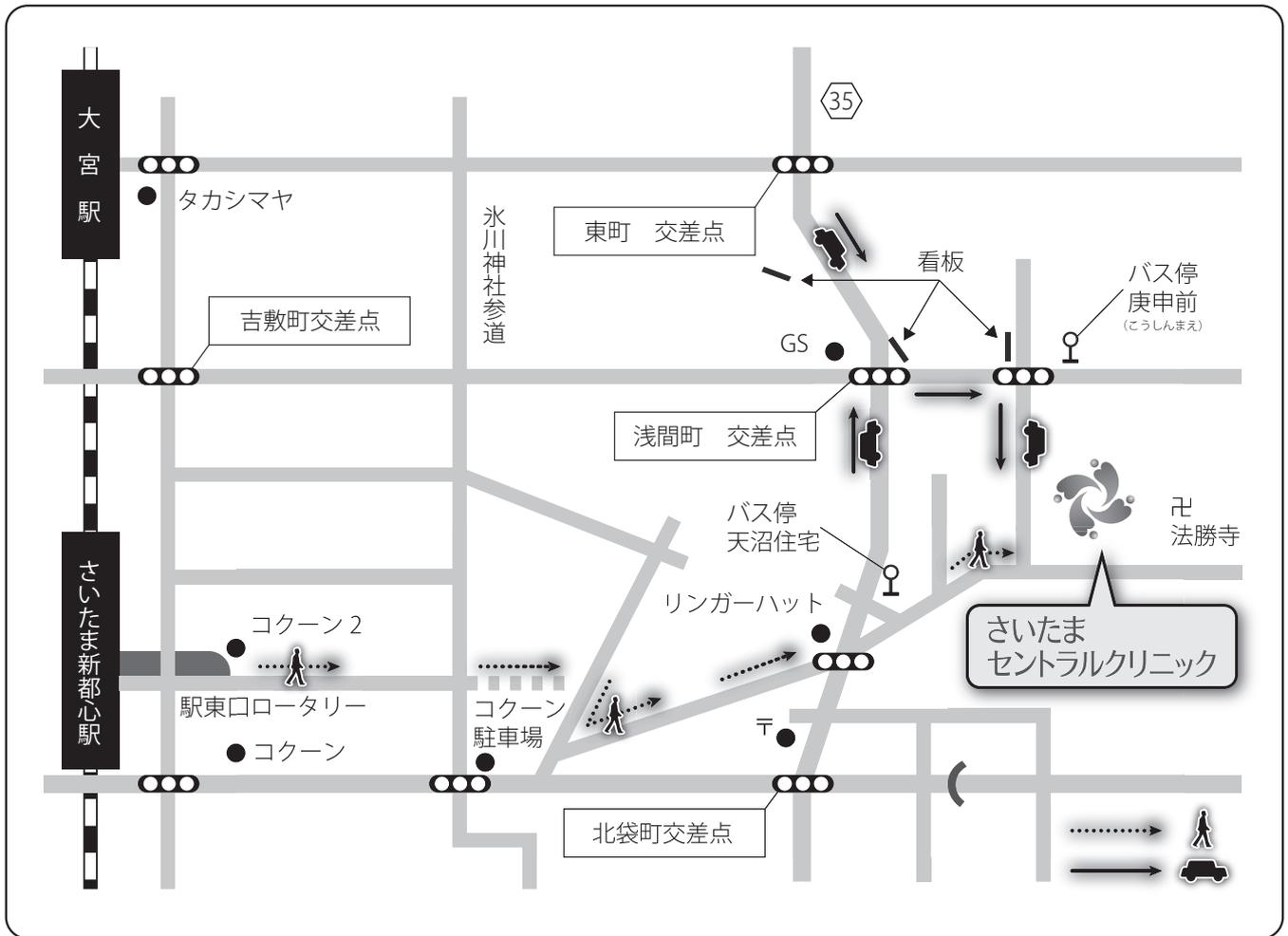
※事情により来院できなくなった場合や、検査を中止・変更される方は、下記へご連絡ください。



さいたまセントラルクリニック

さいたまメディカルタウン 3F

TEL 048-658-3733 (地域医療連携室)



電車でのアクセス

JR さいたま新都心駅から徒歩 15 分
JR 大宮駅よりバス 10 分

送迎バスのご案内

さいたま新都心駅東口よりシャトルバスをご利用いただけます。

乗り場や発車時刻につきましては検査予約部門 (048-658-3733) までお問い合わせください。

タクシーでのアクセス

さいたま新都心駅東口から約 5 分 1.6 km
大宮駅東口から約 10 分 2.4 km

車でのアクセス

銀座・新宿から車で約 40 分

〈都心方面から首都高速をご利用の場合〉

首都高速 5 号線 → 高速埼玉新都心線 → 新都心西出口

〈東北道、関越道、常磐道をご利用の場合〉

東京外環道 → 美女木 JCT → 高速埼玉新都心線 → 新都心出口

バスでのアクセス

大宮駅東口より東武バス利用

③番乗り場

天沼循環「庚申前（こうしんまえ）」下車徒歩 5 分。

③番乗り場

さいたま新都心駅東口経由北浦和行「天沼住宅」下車徒歩 5 分。

さいたまセントラルクリニック



〒330-0834 埼玉県さいたま市大宮区天沼町 2-759
さいたまメディカルタウン 3F
TEL 048-658-3733 (地域医療連携室)
<http://www.saitama-cc.or.jp/>