

CT・MRI 検査依頼伝票(兼診療情報提供書)

紹介先医療機関名

酒井病院

FAX番号 (079)266-5810 電話番号 (079)266-8833

令和 年 月 日

医療機関名・所在地・TEL・FAX

検査日時 年 月 日 時 分

酒井病院受診歴 (有・無) 受診有の時ID番号記入

ID番号

医師名

印

フリガナ

性別

生年月日

患者氏名

男・女

大・昭・平・令

電話番号

年 月 日 (歳)

検査内容(○で囲んで下さい) ※造影検査は行っていない

CT ・ MRI (チェックリストへのご記入をお願いいたします)

※ペースメーカー・除細動器(ICD)を装着されている方のMRI検査・CT(胸部)検査はできません

撮影部位

- ☐ 頭部 ☐ 胸部 ☐ 上腹部 ☐ 全腹部 ☐ 骨盤腔(子宮・卵巣・膀胱・前立腺)
☐ 頸部 ☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 四肢・関節()
☐ その他()

医師コメント(詳細にご記入をお願いいたします)

①主訴又は傷病名

②検査目的

《注意事項》

※手術の既往や体内金属(有)の場合、MRI撮影が可能な材質等であるか各施設様でご確認をお願いします

※MRI対応機器(ペースメーカー・ICD)でも当院ではMRI撮影不可です

※ペースメーカー・ICDを装着されている方の胸部CT検査はできません

※MRI検査を希望する場合は「MRI検査 チェックリスト」への記入をお願いします

《結果》

撮影画像は検査後、患者様にDVD-Rをお渡しします

読影結果は、後日郵送します

酒井病院記載欄

医師名

ご不明な点がある場合は酒井病院までお問い合わせください

CT・MRI 検査予約票

検査予約日時	年	月	日	時	分
患者様氏名					

- ①検査の30分前には、1階受付までお越しいただき、
『CT・MRI 検査依頼伝票』・『MRI チェックリスト (MRI 検査時のみ)』と
『保険証』を添えて御提出ください。
- ②検査を実施した後、窓口で会計を行って頂き終了します。
※会計時に撮影画像をコピーしたDVDをお渡しいたします。
- ③結果に対して診断(診察)をつけ、後日、紹介元医療機関様に結果を郵送いたします。
※緊急を要する患者様の検査等により、時間が前後する場合があります。
ご了承ください。

MRI 検査を受けられる方へ

検査中は工事現場のような大きな音がありますが、検査を行うために出る音で心配はいりません。検査時間は検査部位によりますが、20分～30分程度かかります。その間動くと検査が出来なくなりますので、静かに寝ていただきます。

MRI 検査室内は強力な磁場が発生しています。時計・ピアス・ヘアーピンなど金属類のほか、磁気カード・携帯電話など所持品はすべて室内には持ち込めませんので、付き添いの方にお預けいただくか、更衣室に保管していただきます。

なお盗難・紛失には責任を負いかねますのでご了承ください。

また、検査日の化粧は控えていただくか、検査前に落として頂く場合もありますのでご了承ください(マスカラ、アイシャドウ、アイライン、ラメ入り化粧品、ファンデーション等)。

医療法人社団みどりの会	酒井病院
〒671-2216	
姫路市飾西 412-1	
電話(代表)079-266-8833	
【検査受付時間】	
月・火・水・金	9:00～17:00
木	9:00～12:00
土	9:00～16:00



【公共機関をご利用される場合】

JR 姫新線「余部駅」より徒歩3分

【お車をご利用される場合】

日赤病院より夢前橋を渡り、夢前橋西詰交差点を右折し県道724を北へ5分