

診療情報提供書(検査申込書)

貴院名	依頼医師名

患者様情報

フリガナ		性別	生年月日
氏名	様	男・女	T・S・H 年 月 日

医療情報

傷病名	
症状経過 希望する撮像方法 など	

結果報告方法

* 画像データ(CD-R・DVD-R)を郵送させていただきます。

読影	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要	再診予定日	年 月 日
----	--	-------	-------

* 検査日と再診日の間隔は余裕を持ってお取りしていただくようお願い申し上げます。

依頼検査

3.0テスラ MRI	<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 (左・右) <input type="checkbox"/> 肘関節 (左・右) <input type="checkbox"/> 手関節 (左・右) <input type="checkbox"/> 上肢 (左・右) <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 (左・右) <input type="checkbox"/> 足関節 (左・右) <input type="checkbox"/> 下肢 (左・右) <input type="checkbox"/> 頭部【MRI・MRA】 <input type="checkbox"/> 頭部 (聴器) <input type="checkbox"/> 頸動脈【MRA】 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腹部 (詳細部位:) <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> その他 ()
造影の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
* 今までに造影剤やヨード過敏症による症状を起こしたことのある方、気管支喘息の方、高度腎機能障害の方 (クレアチニン値2.0以上)、透析治療中の方は造影検査は行えません。	

検査依頼時は以下の有無をご確認ください。場合によっては検査が受けられない可能性があります。

- 体内金属(心臓ペースメーカー・人工内耳・脳動脈クリップ・ステント・その他) なし・あり
(詳細)
- 閉所恐怖症 なし・あり
- じっとしてられない なし・あり
- 入れ歯・インプラント(磁石で固定するもの) なし・あり
- 刺青・アートメイク なし・あり
- 妊娠の可能性(女性のみ) なし・あり

検査予定日	年 月 日	予約時間	時 分 ~
-------	-------	------	-------

* 予約時間を厳守してご来院いただくことをお願いしております。



画像診断

Shinagawa Breast Clinic

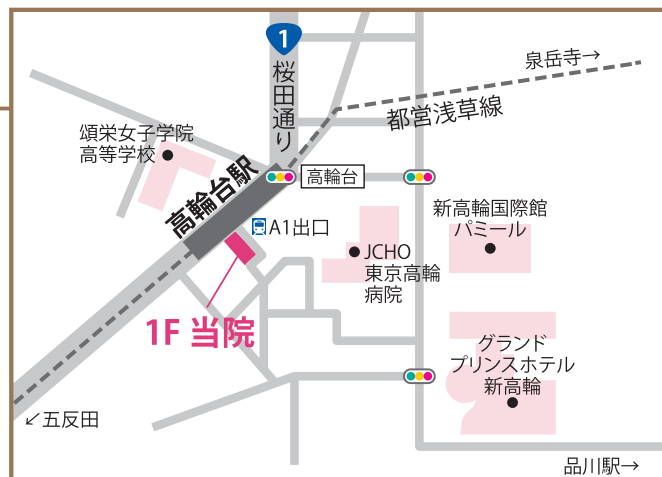
品川ブレストクリニック

交通案内

ACCESS

都営浅草線『高輪台』駅
A1出口より徒歩1分

A1出口より地上に上がりましたら左折し、大通りに沿って五反田方面に向かってお進みください。



診療科目・内容

SERVICES

乳腺外科・放射線科

3.0テスラMRI導入

お問い合わせ時間

OFFICE HOURS

■ 平日 10:00~13:30 / 14:30~19:00

■ 水曜 13:00~18:00

■ 土曜 10:00~16:00

■ 休診日 日曜・祝日

患者さまへ

予約日時	月	日	時	分
------	---	---	---	---

● 持参するもの:健康保険証(各種医療証)、紹介状、本検査予約票

● 予約時間を厳守してご来院ください。

大幅に遅れた場合は検査順序を変更させていただく場合がございます。
その結果、長時間お待ちいただくことや、当日検査ができなくなる場合もございます。

● お問い合わせは、恐れ入りますが、上記お問い合わせ時間内にお問い合わせ致します。

ご担当先生ご記入欄

次回診察日	月	日
-------	---	---

MRI検査部位 ()

お問い合わせ

☎ 03-5475-8600

〒108-0074 東京都港区高輪3-11-5

I E I イマス高輪ビル1階

品川ブレストクリニック  <http://www.shinagawa-breast.com/>