

# ① MRI検査御予約申込書

(FAX用)

(紹介先)

医療法人社団 成和会 西新井病院  
 〒123-0845 東京都足立区西新井本町1-12-12  
 TEL 03-5647-1700 (代表)  
 地域連携室 内線(9230)  
 FAX 03-5647-1701

フリガナ 氏名	様 男・女				
生年月日	M・T S・H	年	月	日	才
住所					
TEL					
		紹介元病院名	貴科名	御担当医師	
		病院 医院	科	先生	
		TEL			
		FAX			

検査目的の詳細 (病名・病歴・臨床情報) および実施上の指示

検査項目

\*検査部位□にチェックをしてください。具体的な目的部位があれば記入してください。

- |                                |                                  |                                  |                              |
|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 頭 部   | <input type="checkbox"/> 頸部MRA   | <input type="checkbox"/> M R C P | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> VSRAD | <input type="checkbox"/> 胸部MRA   | <input type="checkbox"/> 腎       | （ ）                          |
| <input type="checkbox"/> 下垂体   | <input type="checkbox"/> 腹部MRA   | <input type="checkbox"/> 骨盤腔     |                              |
| <input type="checkbox"/> 眼 窩   | <input type="checkbox"/> 下肢MRA   | <input type="checkbox"/> 前立腺     |                              |
| <input type="checkbox"/> 副鼻腔   | <input type="checkbox"/> 縦 隔     | <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣   |                              |
| <input type="checkbox"/> 内 耳   | <input type="checkbox"/> 心 シ ネ   | <input type="checkbox"/> 頸 椎     |                              |
| <input type="checkbox"/> 頸 部   | <input type="checkbox"/> 腹 部     | <input type="checkbox"/> 胸 椎     |                              |
| <input type="checkbox"/> 口 腔   | (肝・胆・膵)                          | <input type="checkbox"/> 腰 椎     |                              |
| <input type="checkbox"/> 脳MRA  | <input type="checkbox"/> 肝プリモビスト | <input type="checkbox"/> 関 節     |                              |

読影の有無

- 不要
- 必要

造影剤使用

- 無
- 有

検査希望日

- ・第一希望日  
( 月 日 : )
- ・第二希望日  
( 月 日 : )
- ・第三希望日  
( 月 日 : )

ご都合の悪い日時等ご記入ください。

画像提供媒体

- DVD
- フィルム

妊娠の有無

- 無
- 有 ( 月 )

フィルム (CD-R) の取り扱い

- 患者様のお持ち帰り (読影所見は後日送付)
- 後日郵送

[ ]

(紹介先)

医療法人社団 成和会 西新井病院  
〒123-0845 東京都足立区西新井本町1-12-12  
TEL 03-5647-1700 (代表)  
地域連携室 内線 (9230)  
FAX 03-5647-1701

## ② MRI 検査御紹介状

(当日持参用)

フリガナ 氏名	様 男・女	予約日	年	月	日	午前 午後	時	分
生年月日	M・T S・H	年	月	日	才	紹介元病院名	貴科名	御担当医師
住所		TEL				病院 医院	科	先生
TEL		FAX						

検査目的の詳細 (病名・病歴・臨床情報) および実施上の指示

検査項目

\*検査部位□にチェックをしてください。具体的な目的部位があれば記入してください。

- |                                |                                  |                                  |                              |
|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 頭 部   | <input type="checkbox"/> 頸部MRA   | <input type="checkbox"/> M R C P | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> VSRAD | <input type="checkbox"/> 胸部MRA   | <input type="checkbox"/> 腎       | （ ）                          |
| <input type="checkbox"/> 下垂体   | <input type="checkbox"/> 腹部MRA   | <input type="checkbox"/> 骨盤腔     |                              |
| <input type="checkbox"/> 眼 窩   | <input type="checkbox"/> 下肢MRA   | <input type="checkbox"/> 前立腺     |                              |
| <input type="checkbox"/> 副鼻腔   | <input type="checkbox"/> 縦 隔     | <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣   |                              |
| <input type="checkbox"/> 内 耳   | <input type="checkbox"/> 心 シ ネ   | <input type="checkbox"/> 頸 椎     |                              |
| <input type="checkbox"/> 頸 部   | <input type="checkbox"/> 腹 部     | <input type="checkbox"/> 胸 椎     |                              |
| <input type="checkbox"/> 口 腔   | (肝・胆・膵)                          | <input type="checkbox"/> 腰 椎     |                              |
| <input type="checkbox"/> 脳MRA  | <input type="checkbox"/> 肝プリモビスト | <input type="checkbox"/> 関 節     |                              |

読影の有無

- 不要
- 必要

造影剤使用

- 無
- 有

〈特記事項〉

画像提供媒体

- DVD
- フィルム

妊娠の有無

- 無
- 有 (      ヶ月)

フィルム (CD-R) の取り扱い

- 患者様のお持ち帰り (読影所見は後日送付)
- 後日郵送

# MRI検査予約票

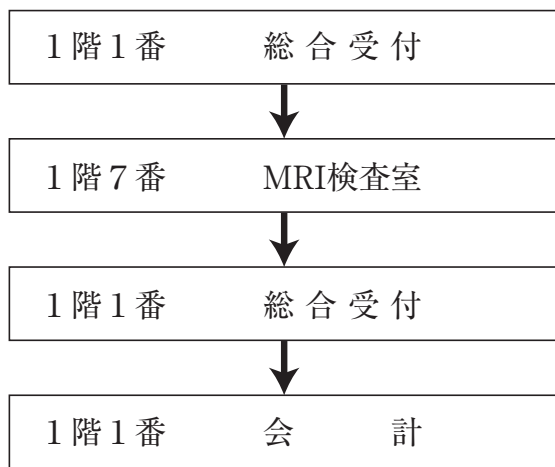
(患者様用)

フリガナ 氏名	様 男・女	予約日	年	月	日	午前 午後	時	分
生年月日	M・T S・H	年	月	日	才	紹介元病院名	貴科名	御担当医師
連絡先						病院 医院	科	先生
		TEL						
		FAX						

## 患者様へ

1. 検査当日は予約時間の10分前までに、「1階1番 総合受付」までお越しください。
2. MRI検査予約票・紹介状・保険証を必ず御持参ください。

当院における検査当日の流れは以下のとおりです。



### MRI検査とは

- MRI検査とは、磁石が埋め込まれたトンネルの中に体を入れて、コンピューターによって体の中を映し出す方法でX線はつかいません。
- 検査が始まると装置から音がしますが、痛みは全くありません。
- 検査中はできるだけ体を動かさないでください。

### 注意事項

- 当日は身につけている金属類（時計、ネックレス、ピアス、ヘアピン等）又は、エレキバン等の磁石類はあらかじめ取り外してください。
- 磁気カード類（キャッシュカード、クレジットカード、テレホンカード等）は、検査室内に持ち込むと無効になりますのでお気を付けください。
- マスカラやアイシャドウ等の化粧が検査に影響を及ぼす事がありますので、検査当日の化粧は控えるようお願いいたします。
- 腹部、又は造影剤を使用する場合は、午前中の検査では朝食を、午後の検査では昼食をとらないようにしてください。

\*次の方は医師又は技師、看護師に必ず申し出てください。検査を受けられないことがあります。

1. 心臓ペースメーカーを使用している方
2. 脳動脈瘤の手術により、金属クリップを入れてある方
3. その他の金属を体内に入れてある方
4. 現在妊娠している方、又は妊娠している可能性のある方
5. 閉所恐怖症のある方

当日来院できない場合、予約時間に間に合わない場合は、事前に当院にご連絡ください。

TEL 03-5647-1700

# 案内図

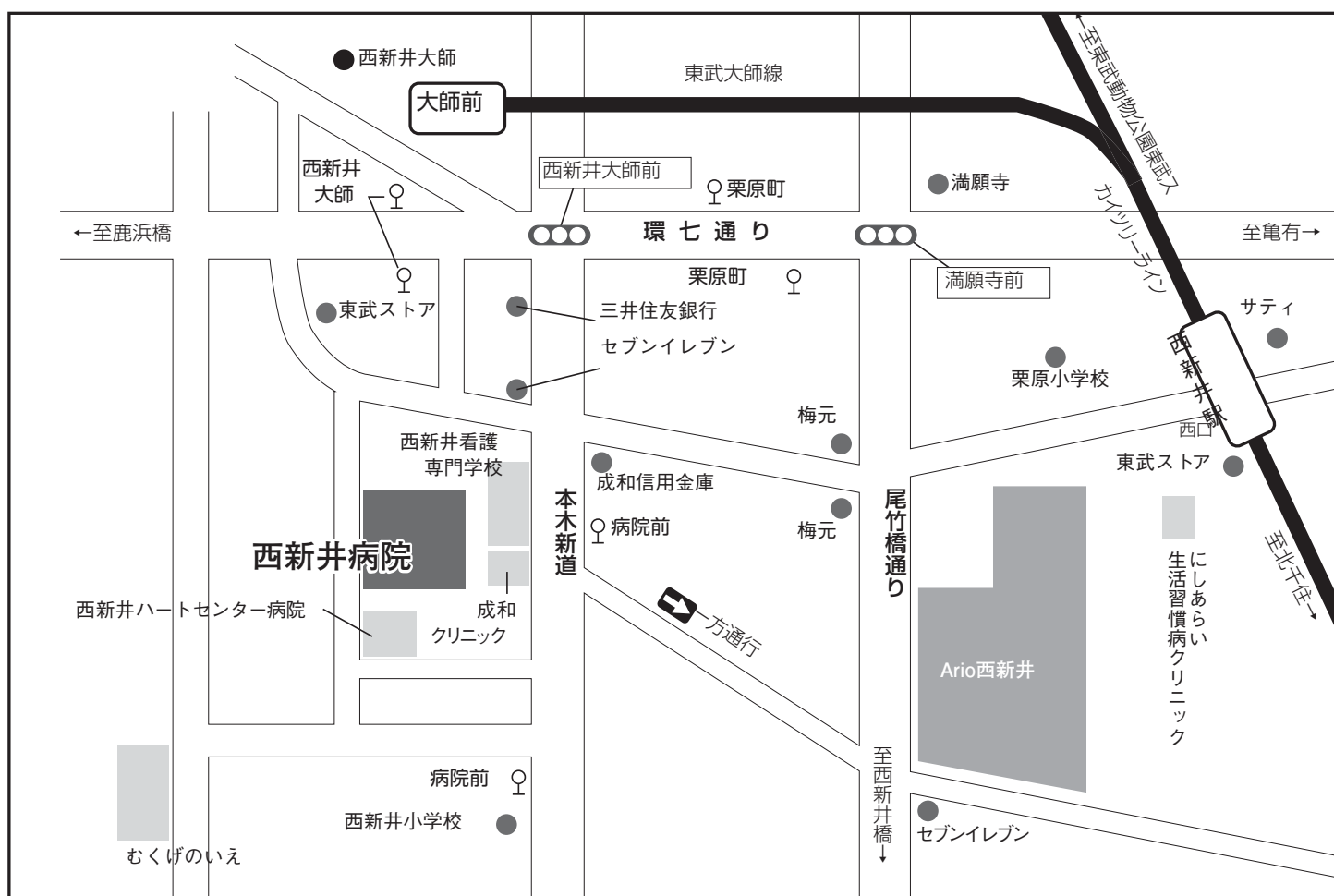
## 医療法人社団 成和会 西新井病院

〒123-0845 東京都足立区西新井本町1-12-12 TEL (代表) 03-5647-1700

診療受付時間 平日 午前9:00～午後12:00

休診日 日曜日・祭日 (但し急患は受け付けます)

### 交通機関



### <電車>

東武スカイツリーライン

「西新井駅」下車 徒歩12分

(常磐線・東京メトロ千代田線・東京メトロ日比谷線)

「北千住駅」乗換) 東武大師線「大師前駅」下車 徒歩5分

(東武スカイツリーライン「西新井駅」乗換)

### <バス>

東武バス (北01) 北千住駅⇔西新井大師 「病院前」下車

都営バス (王40甲) 池袋東口⇔西新井王子 駅⇔千住車庫王子 駅⇔足立区役所

(王49)

(王49折返)

「西新井大師」

下車国際興業バス (赤27) 赤羽駅東口⇔西新井駅

赤27-2) 赤羽車庫⇔西新井駅

「西新井大師」下車

※都営バス・国際興行バスは「西新井大師」下車となります。

