

画像診断検査（CT・MRI）紹介状（診療情報提供書）

FAX送信後貴院で保管 <1枚目>

医療法人 岡山画像診断センター
画像診断担当医

貴医療機関名
診療科
住所
電話番号
担当医（フルネーム）

印

検査予約日時 平成 年 月 日 時

(検査当日は30分前までにご来院ください)

フリガナ		性別	生年月日	T・S・H	年	月	日
患者氏名			身長	cm	体重		Kg
患者住所	〒	—	電話	(自宅)			
				(携帯)			
依頼検査	CT検査 ・ MRI検査		告知の有無		□なし □あり		
病名			造影剤使用		□しない □する		
検査部位							
結果の画像	□CD □フィルム		返送方法		□患者様持ち帰り □郵送		

紹介目的、既往歴及び家族歴、症状経過および検査結果、治療経過、現在の処方

検査前確認事項

心臓ペースメーカー ICD	□なし □あり メーカー名と機種 ()	腎機能	血清Cr () mg/dL 測定日 ()
妊娠	□なし □あり	アレルギー	□なし □あり 具体的に ()
人工内耳	□なし □あり	気管支喘息	□なし □あり
神経刺激装置	□なし □あり	糖尿病	□なし □あり 治療薬 ()
その他体内金属 ()	□なし □あり		
患者移動方法	□歩行 □車いす □ストレッチャー □その他 ()		

鎮静の必要、患者様の状態によっては、医療従事者同伴をお願いすることがあります。

- 備考
- 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
 - 必要がある場合は画像診断フィルム、検査の記録を添付すること。
 - 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所等を記入すること。
かつ、患者住所および電話番号を必ず記入すること。

FAX. (086) 234-5633 医療法人 岡山画像診断センター TEL. (086) 235-2511

医療法人 岡山画像診断センター

貴医療機関名

受診案内書（予約表）

診療科

住所

電話番号

担当医（フルネーム）

印

検査予約日時 平成 年 月 日 時

（検査当日は30分前までにご来院ください）

フリガナ		性別	生年月日	T・S・H	年	月	日
患者氏名			身長	cm	体重		Kg
患者住所	〒	—	電話	(自宅)			
				(携帯)			
依頼検査	CT検査 ・ MRI検査						



ご持参いただくもの

- ・ 受診案内書（予約票） ……本状
- ・ 健康保険証、公費負担医療証など



検査費用

- ・ 7,000円～15,000円程度（3割負担の場合）
（造影検査の有無、フィルム枚数で変わります）※ クレジットカードもご利用いただけます。



食事

- ・ 腹部検査の方、造影剤を使用される方は、**検査開始4時間前**までにおすませください。



注意事項（必ずお読みください）

- ・ 検査前に診察・更衣がありますので、検査予約時間の30分前までにご来院ください。
- ・ 妊娠の可能性のある方は、必ず事前にお申し出ください。
- ・ 当センターは完全予約制になっております。
来院時間に遅れた場合、検査日時を変更して頂く事がありますので、予めご了承ください。
- ・ 検査結果の説明は致しておりませんので、主治医の先生から説明をお受け下さい。
- ・ 機械のトラブルなどで検査開始時間が遅れたり、検査が行えない場合がございます。予めご了承ください。

● MRI検査を受診される方

- ・ MRIは強い磁気を用いた検査ですので、安全のため検査入室前に確認をさせていただきます。
（カード類・時計・指輪・補聴器・ヘアピン・ピアス・ヘアピース・カラーコンタクト・義歯・義足・刺青など）
- ・ 心臓ペースメーカーを挿入されている方は検査を受ける事ができません。
- ・ 体内に金属（脳動脈クリップ、ステント、人工関節など）がある方は、必ず事前にお申し出ください。

● CT検査を受診される方

- ・ 心臓ペースメーカーを付けておられる方は必ず手帳をご持参ください。

※ 何かで不明な点がございましたら当センターまでお気軽にご連絡ください。