

東千葉メディカルセンター
検査予約受付 FAX 番号 0475-50-1334
電話番号 0475-50-1336

CT・MRI検査 診療情報提供書

予約日時: 年 月 日() 時 分

下記の空欄部分に必要事項をご記入ください。

紹介医療機関名称・所在地

電話番号:

FAX番号:

医師名:

フリガナ		性別	生年月日	
患者氏名		男 女	大正・昭和・平成	年 月 日
住 所				電話番号

〈検査項目〉

☐ CT検査			☐ 読影依頼[有・無]
☐ 頭部	☐ 胸部	☐ 腹部	☐ 骨盤部
☐ 脊椎()	☐ 四肢()	☐ 血管()	
☐ その他()			
☐ MRI検査			☐ 読影依頼[有・無]
☐ 頭部	☐ 胸部	☐ 腹部	☐ 骨盤部
☐ 頸椎	☐ 胸椎	☐ 腰椎	☐ 血管()
☐ 肩関節(右・左)	☐ 肘関節(右・左)	☐ 手関節(右・左)	
☐ 股関節(右・左)	☐ 膝関節(右・左)	☐ 足関節(右・左)	
☐ その他()			

〈検査項目〉

撮影方法、画像再構成等についての要望があればご記入ください。

東千葉メディカルセンター使用欄

検査日	読影日	結果郵送日

CT検査でご来院される患者様へ

依頼元病院名 :

I D : _____ 氏 名 : _____ 様

検査日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 予約時間 : _____ 時 _____ 分

【当日持参して頂くもの】

☐ CT検査 診療情報提供書 ☐ 保険証 ☐ 診察券（当センター受診歴のある方のみ）

【検査当日】

予約時間の **20 分前** までに **1 番 総合受付** へお越しください。

「保険証」等を確認後、検査を行います。

【検査結果報告】

検査結果・所見を後日紹介元医療機関様へ郵送いたします。

【検査説明】

CT検査とは、体にX線を通して得られた情報をコンピュータで解析することにより、体内の状況を画像で示す検査です。

【検査当日の注意事項】

- 1 検査当日は、**検査予約時間の 20 分前**までに、**1 番 総合受付** までお越しください。
- 2 検査当日は、飲食の制限はありません、他の検査でお食事、水分が制限されている場合はその指示に従ってください。
- 3 検査時は着衣の金属製のもの（金属製のボタン、ファスナーや金属フックの付いている衣服や下着など）を外していただきます。金属の付いていない服であればそのまま検査を行うことができます。
- 4 ペースメーカーを使用している方は、必ず検査担当者に申し出てください。
- 5 妊娠している可能性のある方は、必ずお申し出ください。

【予約のキャンセルおよび変更について】

予約のキャンセルおよび変更のご連絡は、下記の診療時間内に、

地域医療連携室（連絡先：0475-50-1336） までお願い致します。

午前 8 時 30 分～午後 5 時 00 分（土曜・日曜・祝祭日は除く）



地方独立行政法人 東金九十九里地域医療センター

東千葉メディカルセンター

EASTERN CHIBA MEDICAL CENTER

千葉県東金市丘山台三丁目 6-2

TEL 0475-50-1199（代表）



地方独立行政法人 東金九十九里圏域医療センター

東千葉メディカルセンター

EASTERN CHIBA MEDICAL CENTER

東金市丘山台三丁目 6 番地 2 ほか



千葉東金道路でお越しの場合

千葉東金道路の東金 IC を出て直進します。

約 500メートル先の一つ目の信号「東金インター入口」を右折します。

道なりに進み、約 1200メートル先の交差点を右折します。

約 1キロメートル道なりに進むと右側にメディカルセンターがあります。



圏央道でお越しの場合

東金 IC を出て料金所から見える信号を右折します。

約 900メートル先の交差点を右折します。

約 1キロメートル道なりに進むと右側にメディカルセンターがあります。



電車とタクシーでお越しの場合

外房線 JR 大網駅からタクシーで約 10分

東金線 JR 東金駅からタクシーで約 15分