

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

MR I 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】

- ☐ MR I 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）
☐ MR I 検査 問診票

【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 お食事は、いつも通りお召し上がりいただいて構いません。
- 3 別紙 MR I 検査問診票に必要事項をご記入の上、検査当日にご持参ください。

【検査説明】

- 1 MR I 検査は強い磁石と電波を使って、体内の断層画像を得る検査です。
- 2 トンネル型の機械に寝た状態で検査を行います。検査中は、大きな音がします。
- 3 検査内容により、身体が温かくなることがありますが、通常、人体に影響はありません。
- 4 検査時間は、30 分程度かかります。
- 5 MR I 検査室内は、強力な磁場が発生しており、次のような金属製のものを検査室に持ち込むと、非常に危険ですので、検査前にはずしていただきます。
例) 眼鏡、義歯、補聴器、携帯電話、鍵、財布、使い捨てカイロなど・・・
- 6 外科的手術などで、体内に金属が入っている可能性のある方は申し出てください。
- 7 マスカラやアイメイクはしないでください。（金属を含む可能性があります）

【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）

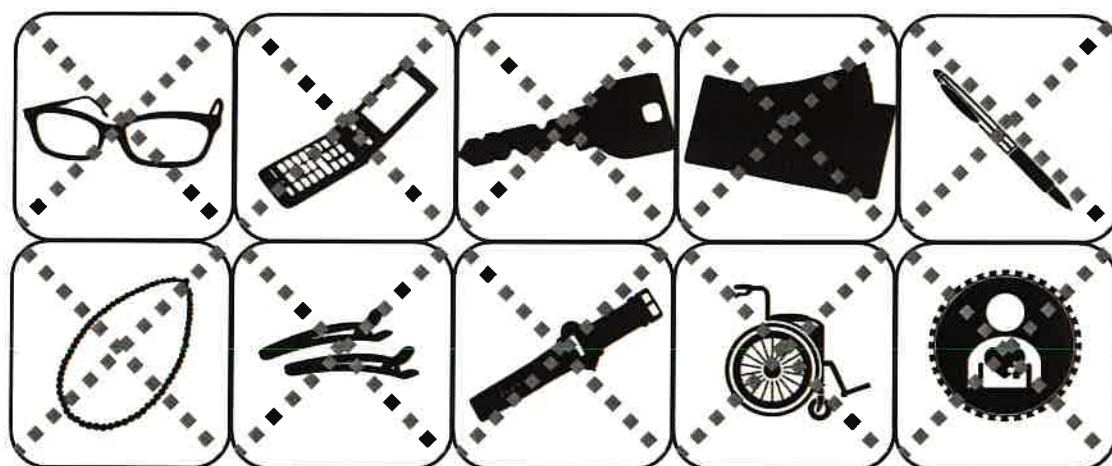
【 MRI 検査を受けられない方 】

次のような方は、検査を受けられない場合がありますので、必ず主治医または検査担当技師に申し出てください。

- ◆心臓ペースメーカー、人工内耳、可動性義眼 を装着している方
- ◆今までに外傷や手術等で体内に金属がある方
- ◆現在、妊娠中または妊娠の可能性がある方
- ◆刺青をされている方(刺青に金属が使われている可能性があります)
- ◆閉所恐怖症など狭い場所が苦手な方

【 MRI 検査室に持ち込めないもの 】

眼鏡、義歯、補聴器、携帯電話、鍵、財布、磁気カード、カラーコンタクトレンズ、ベルト、使い捨てカイロ、金属を含む貼付剤(ニトロダーム・ニコチネル)、腕時計、アクセサリーなどの金属製品



【 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 17 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**
東金市丘山台三丁目 6 番地 2 連絡先 Tel 0475-50-1199(代表)

MRI 検査問診票

ID No :

氏名：

様

以下の質問内容にご記入いただき、検査当日お持ちください。

- ◆ 体重をご記入ください。(kg)
- ◆ 心臓ペースメーカーを体内に装着していますか？ はい いいえ
- ◆ 手術をされたことはありますか？ はい いいえ
はいと答えた方はご記入ください。(年 月頃 手術名)
 (年 月頃 手術名)
 (年 月頃 手術名)
- ◆ 体内、体外に取り外しのできない金属がありますか？ はい いいえ
はいと答えた方はどのようなものかご記入ください。()
- ◆ 妊娠中または妊娠している可能性はありますか？(女性のみ) はい いいえ





地方独立行政法人 東金九十九郡地域医療センター

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