

お電話でお申込みのうえ、この用紙を FAX してください。 ※原本は貴院にて保管願います。

紹介先

一般財団法人自警会

東京警察病院 放射線科 宛

診療情報提供書(検査予約依頼票)

【予約・お問合せ】

TEL: 03-5343-5760

FAX: 03-5343-5761

フリガナ		性別
患者氏名	様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	大 昭 平 令 西 暦	年 月 日
電話番号	自宅)	
	携帯)	

【検査予約日時】

年 月 日 ()
時 分

【依頼内容】

検査種別	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨密度(結果は紙出力となります)
撮影方法	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 一任) ※造影(有・一任)の場合… 血清クレアチニン値() mg/dl ※別紙「造影剤問診票及び同意書」の FAX が必要です ※三か月以内の値をご記入ください
撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部() <input type="checkbox"/> 頸部() <input type="checkbox"/> インプラント用下顎検査(CTのみ・解析なし) <input type="checkbox"/> 冠動脈(CTのみ) <input type="checkbox"/> 胸部() <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 椎体(<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙尾椎) <input type="checkbox"/> 上肢(部位:) <input type="checkbox"/> 下肢(部位:) ※上肢・下肢については部位を記入ください <input type="checkbox"/> その他() (注)MRIの複数部位の同時撮影はできません
画像出力	<input type="checkbox"/> CD-R ※冠動脈CTは CD-R のみとなります <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> 不要
傷病名 紹介目的	
既往歴 治療経過	
現在の処方	※ビグアナイド薬・SGLT2 阻害薬の内服 [<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有]

【MRI・CT 共通確認事項】

<input type="checkbox"/> 妊娠(特に初期)または妊娠の可能性 ※MRIは12週以上から検査可能です	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(CTは検査できません)
---	---

【MRI 確認事項】

<input type="checkbox"/> 体内金属 具体的に ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(検査が出来ない場合があります)
<input type="checkbox"/> 刺青・アートメイク	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
<input type="checkbox"/> インプラント(磁石固定型)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
<input type="checkbox"/> 閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

【造影剤使用 確認事項】

<input type="checkbox"/> 造影剤の副作用経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(造影剤は使用できません)
<input type="checkbox"/> 薬物などのアレルギーの既往 薬剤名: ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(検査が出来ない場合があります)
<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(造影剤は使用できません)
<input type="checkbox"/> 授乳中	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

紹介元医療機関名(所在地、電話番号、名称)

年 月 日

住 所

電話番号

名 称

医師氏名 _____

検査予約票 (MRI・CT・骨密度)

患者様氏名 _____ 様

【検査予約日時】

年 月 日 () 時 分

検査当日は、予約時間の**30分前までに1階4番・初診受付**にお越しください

- 検査予約票(本状)、保険証、当院診察券(お持ちの方のみ)
- 検査に遅れる場合やご予約の変更・キャンセルする場合は、東京警察病院・医療連携室までご連絡ください。
- 検査結果は、主治医の先生から患者さまにご説明いたします。
当院では、結果説明はいたしませんのでご了承願います。

《 注 意 事 項 》

《 MR・CT検査を受ける方 》

■ 「腹部」・「造影剤使用」の場合

- ・食事は、検査の**4時間前**からお控えください。
- ・水やお茶は飲んでも構いませんが、乳製品を含むものはお控えください。
- ・内服中の薬は普段どおりにお飲みください。

■ それ以外の部位の場合

- ・食事、内服中の薬は普段どおりで構いません。
- ・バリウム検査後、2週間を経過されていない方は検査できない場合があります。

《 骨密度検査を受ける方 》

- ・食事、内服中の薬は普段どおりで構いません。
- ・バリウム検査後、2週間を経過されていない方は検査できない場合があります。



東京警察病院
Tokyo Metropolitan
Police Hospital

[予約変更・キャンセル等の連絡先]

医療連携室

TEL 03-5343-5760

受付時間 8:15~18:00(日祝除く)

[ホームページ]



[アクセス]



屋外駐車場 80 台 一般料金:200 円/30 分 受診者料金:100 円/30 分