

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。

FAX: 03-5343-5761

診療情報提供書(兼検査予約依頼票)

【検査予約日時】

20 年 月 日（ ）
 時 分

検査種別	☐ MRI ☐ CT ☐ 骨密度
撮影方法	☐ 単純 ☐ 造影 ※造影の場合… 血清クレアチニン値() mg/dl (3か月以内の値をご記入ください) ※別紙「造影剤問診票及び同意書」の FAX が必要です
撮影部位	☐ 頭部() ☐ 頸部() ☐ インプラント用下顎検査(CTのみ・解析なし) ☐ 冠動脈(CTのみ) ☐ 胸部() ☐ 上腹部 ☐ 下腹部 ☐ 椎体(☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 仙尾椎) ☐ 上肢(部位:) ☐ 下肢(部位:) ※上肢・下肢については部位を記入ください ☐ 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	☐ CD-R ※冠動脈CTは CD-R のみとなります ☐ 不要 ※骨密度レポートは紙出力のみとなります
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 [☐ 無 ☐ 有]

●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	☐ 無 ☐ 有(CTは検査できません)
--------------------	--------------------	---

●体内金属 具体的に〔 〕	☐ 無 ☐ 有(検査が出来ない場合があります)
●刺青・アートメイク	☐ 無 ☐ 有
●マグネットネイル・ミラーネイル(ジェルネイル・マニキュア除く)	☐ 無 ☐ 有(検査当日までに除去をお願いします)
●インプラント(磁石固定型)	☐ 無 ☐ 有
●閉所恐怖症	☐ 無 ☐ 有

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

医師氏名

検査予約票 (MRI・CT・骨密度)

フリガナ			性別
患者氏名	様		☐ 男 ☐ 女
生年月日	大 昭 平 令	年 月 日 (歳)	
電話番号	自宅)	— —	
	携帯)	— —	

【検査予約日時】

20 年 月 日 ()
時 分

検査当日は、予約時間の30分前までに1階 3・4番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ください。

《 注 意 事 項 》

MRI・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

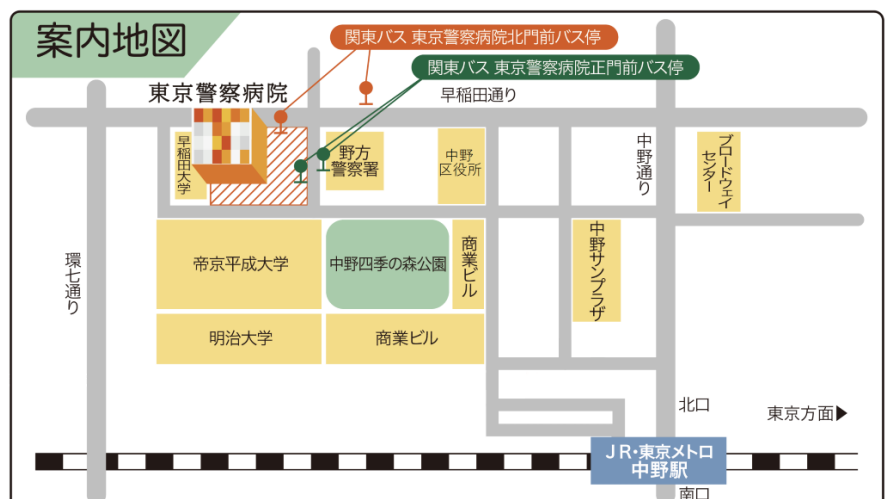
TEL 03-5343-5760

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