

呉竹メディカルクリニック MRI・CT検査依頼

予約・お問い合わせ

予約・お問い合わせ

TEL: 048-658-0100

検査依頼書送信先

FAX: 048-658-0101

診療日・予約時間

診療時間		月	火	水	木	金	土	日・祝
午前	9:00~12:30	●	●	●	●	●	▲※	休診
午後	15:00~18:30	●	●	休診	●	●	休診	休診

※土曜日の診療

1・3・5週 = 診療

2・4週 = 休診

予約・検査手順

- 1 予約** 電話にて予約をお願いします。 【TEL: 048-658-0100】
- 2 依頼書作成** 予約取得後、「MRI・CT検査依頼書」を作成しFAXにてお送り下さい。
 原本は患者様へお渡し頂き検査当日持参して下さい。 【FAX: 048-658-0101】
- 3 検査当日** ①MRI・CT検査依頼書 ②保険証 を患者様が持参します。
- 4 検査** 検査前に医師の診察(問診)を行い、その後検査となります。
- 5 検査終了** 検査画像をCD-Rにてお渡します。

読影報告について

検査画像は、CD-Rにて検査当日にお渡しさせて頂きます。
 読影については希望時は読影報告書を作成し、お渡しさせて頂きます。

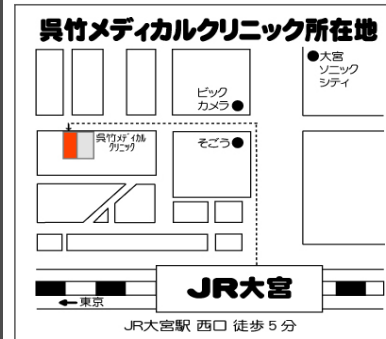
整形外科領域	検査当日にお渡します。
その他の領域	約1週間後に貴院に郵送させて頂きます。

検査料金表 (目安)

MRI	1割負担	3,300円
	3割負担	7,600円
CT	1割負担	2,500円
	3割負担	5,500円

当院に初診で受診し、CD-R作成料を含んだ料金の概算です。

交通のご案内



大宮駅から

JR大宮駅西口より、歩行者デッキを経由しそごうを過ぎた所で左折する。200メートルほど直進する(徒歩5分)

駐車場

地下駐車場23台(無料)

〒330-0854 埼玉県さいたま市大宮区桜木町1-185-1
 TEL: 048-658-0100 FAX: 048-658-0101

MRI・CT 検査依頼書

呉竹メディカルクリニック
さいたま市大宮区桜木町1-185-1

検査依頼書送信先 FAX 048-658-0101
予約・お問い合わせ TEL 048-658-0100

ふりがな 患者氏名 (呉竹 ID) 男 ・ 女 様	依頼元医療機関名 Tel — —
生年 T・S・H 月日 西暦 年 月 日 (才)	依頼科 ご担当医名 科
患者様連絡先 (日中連絡のとれる番号)	読影依頼 造影 要 ・ 否 大変申し訳ございません。今の所、お受けしておりません。

検査予約日時 (必ず電話にてご予約の上、ご記入下さい)		貴院次回診察日	
年	月	日	時 分より
<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 頭部 (脳 ・ MRA) <input type="checkbox"/> 頸部 (MRA) <input type="checkbox"/> 胸部 (縦隔 ・ 心臓) <input type="checkbox"/> 腹部 (肝・胆・膵・腎・MRCP) <input type="checkbox"/> 骨盤部 (前立腺・膀胱・子宮卵巣) <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・仙骨) <input type="checkbox"/> 肩 (左 ・ 右) <input type="checkbox"/> 股関節 (左 ・ 右) <input type="checkbox"/> 膝 (左 ・ 右) <input type="checkbox"/> その他 (左 ・ 右) ()		<input type="checkbox"/> CT (3D作成の時は後日返却となります) <input type="checkbox"/> 頭部 (脳 ・ CTA) <input type="checkbox"/> 頸部 (甲状腺 ・ 頸動脈3D) <input type="checkbox"/> 胸部 (肺 ・ 縦隔 ・ 大動脈) <input type="checkbox"/> 腹部 (肝・胆・膵・腎・腹部全体) (前立腺・膀胱・子宮卵巣・大動脈) <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・仙骨) <input type="checkbox"/> 四肢 (左 ・ 右) (部位) <input type="checkbox"/> 股関節 (左 ・ 右 ・ 両) <input type="checkbox"/> その他 (左 ・ 右) ()	
検査目的・撮影部位の具体的指示		主症状・臨床経過	

■ 検査に際し、以下の項目の確認をお願いいたします。

MRI	体内金属 (心臓・ペースメーカー・人工内耳・脳動脈瘤クリップ・ その他の体内金属) (具体的に)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	入れ歯 (磁石で固定するタイプ)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	刺青、アートメイクなど	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	妊娠初期 (13週以内) の可能性	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
CT	妊娠の可能性、授乳中の方	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
造影	造影剤副作用既往歴有りの方・喘息・薬物アレルギー等	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	クレアチニン 2.0 以上の方は不可	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有