

診療情報提供書（MRI 検査依頼書）

- | | |
|--------------------------|-----|
| ・ 診療情報提供書 (MRI検査依頼書)3枚1組 | 25組 |
| ・ 診療情報提供書 (画像診断依頼書)送付申込書 | 1枚 |



〒060-0042
札幌市中央区大通西17丁目1-27
札幌 メディケアセンタービル桂和1F
TEL 011-623-1131
FAX 011-623-1132

平日 9:00~17:00
土曜 9:00~12:30
※土曜日/月1回 9:00~17:00

診療情報提供書（MRI検査依頼書）

セントラルCIクリニック提出用

【紹介先】



社会医療法人 慎心会

セントラルCIクリニック

記載日 年 月 日

紹介元	医療機関名 所在地	電話番号
	診療科	担当医

患者様情報	フリガナ	男・女	大・昭・平
	お名前	様	生年月日 年 月 日 (才)
	ご住所	〒	TEL - -
	検査日	月 日 ()	時 分 予約
	■身長	cm / 体重 kg	■移動 歩行・杖・車いす・ストレッチャー
	■体内金属	無・有 → 種類 ()	
■感染症	無・有 → 病名 ()		

検査内容	MRI検査部位	追加 ☐ MRA ☐ MRCP	
	造影の有無	☐ 単純	
		☐ 造影	喘息 無・有 → 症状 ()
		☐ 診断医に一任	血清クレアチニン (検査日3カ月以内の) 値をご記入下さい → 採血日 月 日 (mg/dL) ☐ 検査中 ☐ CIクリニックで採血 (1時間前来院)

診断・経過・検査目的	臨床診断名		
	※読影上必要ですので、必ずご記入下さい		
検査画像	☐ 患者様にお渡し ☐ 郵送	☐ 報告書FAX希望 FAX番号 ()	
・チェックがない場合は、郵送といたします ・ご依頼内容によっては検査を2日に分けさせて頂くこともございます			

この用紙を事前に
FAXしてください

TEL 011-623-1131

FAX 011-623-1132

診療情報提供書（MRI検査依頼書）

【紹介先】



社会医療法人 積心会

セントラルCIクリニック

記載日 年 月 日

紹介元

医療機関名
所在地

電話番号

診療科

担当医

患者様情報

フリガナ

お名前

様

男・女

生年月日

大・昭・平

年

月

日

(才)

ご住所

〒

TEL

-

-

検査日

月

日

()

時

分

予約

■身長

cm / 体重

kg

■移動

歩行・杖・車いす・ストレッチャー

■体内金属

無・有 → 種類 ()

■感染症

無・有 → 病名 ()

検査内容

MRI検査部位

追加

☐ MRA☐ MRCP☐ 単純

造影の有無

☐ 造影

喘息

無・有 → 症状 ()

☐ 診断医に一任血清クレアチニン
(検査日3カ月以内の
値をご記入下さい)

採血日

月

日

()

mg/dL)

☐ 検査中☐ CIクリニックで採血 (1時間前来院)

臨床診断名

※読影上必要ですので、必ずご記入下さい

診断・経過・検査目的

検査画像

☐ 患者様にお渡し☐ 郵送☐ 報告書FAX希望
FAX番号 ()

・チェックがない場合は、郵送といたします

・ご依頼内容によっては検査を2日に分けさせて頂くこともございます

この用紙を事前に
FAXしてください

TEL 011-623-1131

FAX 011-623-1132

MRI 検査 注意事項

※検査の進行具合により、ご予約時間より前後してご案内する場合がございます。予めご了承下さい。

フリガナ		男・女	大・昭・平	生年月日	年	月	日(才)
お名前	様						
ご住所	〒	TEL - -					
検査日	月	日()	時	分	予約		

ご来院時間

検査予約時間の**30分前にご来院**下さい
採血の指示がある方は**1時間前にご来院**下さい
※来院時間に遅れた場合は、他の患者様の検査を優先する場合がありますのでご了承下さい

健康保険証をお持ち下さい

お持ちの方は、受給者証・限度額認定証・お薬手帳
造影剤使用履歴カード等
※自賠責・労災適用の方・生活保護を受給されている方は
事前に各担当者へご連絡下さい

検査できません

体内に精密機械が入っている方

ペースメーカー、人工内耳、ICD(埋め込み型除細動器)、磁力装着義眼等

※以下に該当される方は検査出来ない
場合がありますので必ずご連絡下さい

- ・体内に金属がある方
- ・妊娠、または妊娠の可能性がある方
- ・授乳中の方

事前にはずして下さい

増毛パウダー、カラーコンタクト、アイメイク
ネイルアート(金属パーツのもの)、取り外しに時間のかかる金属類

腹部検査の方(胆のう・膵臓)

- ・6時間前から絶食して下さい
- ・喉を潤す程度の飲水は可能です
- ・乳製品の摂取を検査当日お控え下さい

◆当院で結果説明はしておりません。検査結果は、
紹介元の主治医へお送りいたします。

◆検査内容によって造影剤を使用する場合があります。
造影剤使用に関して検査前に、説明・承諾(署名)を
頂いております。未成年の方は、保護者の承諾(署名)
が必要となります。



社会医療法人 慎心会

セントラルCクリニック

〒060-0042

札幌市中央区大通西17丁目1-27

札幌メディケアセンタービル桂和1F

TEL 011-623-1131

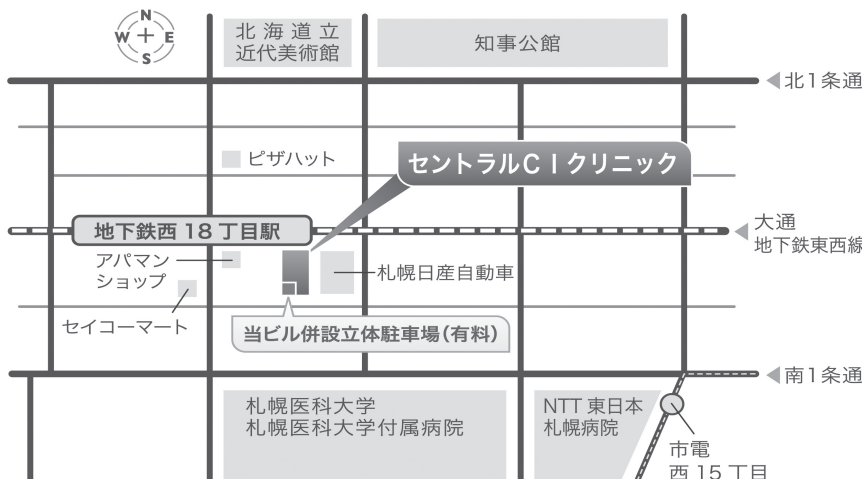
診療時間：平日 9:00~17:00
日・祝休診 土曜 9:00~12:30
※土曜日/月1回 9:00~17:00

access

地下鉄：東西線 西18丁目駅6番出口直結
市電：西15丁目電停より徒歩5分

駐車場 ビルの裏口に立体駐車場(有料)

営業時間：平日 8:00~19:30
土曜 8:00~13:00



診療情報提供書（画像診断依頼書）送付申込

下記をご記入の上、FAXでお申し込みください

記載日 年 月 日

医療機関名			
送付先ご住所			
お電話番号			
送付先部署名		ご担当者名	様

ご依頼内容	数 量
☐ 診療情報提供書【MRI 検査依頼書】 25 枚綴り	冊
☐ 診療情報提供書【CT 検査依頼書】 25 枚綴り	冊
☐ 診療情報提供書【PET/CT 検査依頼書】 25 枚綴り	冊
☐ セントラル C I クリニック PETドックパンフレット（A4サイズ）	部
☐ セントラル C I クリニック 診療案内カード	部

備考欄	
-----	--