

① CT・MRI検査御予約申込書 (FAX用)

(紹介先)
医療法人社団 成和会 西新井病院
〒123-0845 東京都足立区西新井本町1-12-12
TEL 03-5647-1700 (代表)
FAX 03-5647-1701

フリガナ 氏名	様 男・女	予約日	年	月	日	午前 午後	時	分
生年月日	M・T S・H	年	月	日	才	紹介元病院名	貴科名	御担当医師
住所		病院 医院				科	先生	
TEL		TEL						
		FAX						

検査目的の詳細（病名・病歴・臨床情報）および実施上の指示

検査項目 *検査部位□にチェックをしてください。具体的な目的部位があれば記入してください。

C T		M R I	
☐ 頭部	☐ 3D-CTA ()	☐ 頭部	☐ 脳MRA ☐ MRCP
☐ 眼窩	3D画像作成 (有・無)	☐ VSRAD	☐ 頸部MRA ☐ 腎
☐ 副鼻腔	☐ 内臓脂肪測定	☐ 下垂体	☐ 胸部MRA ☐ 骨盤
☐ 内耳	☐ コロナリーCT	☐ 眼窩	☐ 下肢MRA ☐ 前立腺
☐ 頸部	・心エコー持参	☐ 副鼻腔	☐ その他MRA ☐ 子宮・卵巣
☐ 胸部	(有・無)	☐ 内耳	☐ 縦隔 ☐ 頸椎
☐ 腹部	・コアベータ使用	☐ 頸部	☐ 心シネ ☐ 胸椎
☐ 骨盤	(可・不可)	☐ 口腔	☐ 腹部 (肝・脾) ☐ 腰椎
☐ 四肢	・ミオコルスプレー使用		☐ 肝プリモ ☐ 関節
()	(可・不可)		()
☐ 椎体	・その他		☐ 四肢
()	()		()
☐ その他 ()		☐ その他 ()	

造影剤使用

1. 無

2. 有

妊娠の有無

1. 無

2. 有 (月)

DVDの取り扱い

1. 患者様のお持ち帰り (読影所見は後日送付)

2. 後日郵送

② CT・MRI検査御紹介状 (当日持参用)

(紹介先)
医療法人社団 成和会 西新井病院
〒123-0845 東京都足立区西新井本町1-12-12
TEL 03-5647-1700 (代表)
FAX 03-5647-1701

フリガナ 氏名	様 男・女	予約日	年	月	日	午前 午後	時	分
生年月日	M・T S・H	年	月	日	才	紹介元病院名	貴科名	御担当医師
住所		病院 医院				科		先生
TEL		TEL						
		FAX						

検査目的の詳細（病名・病歴・臨床情報）および実施上の指示

検査項目 *検査部位□にチェックをしてください。具体的な目的部位があれば記入してください。

C T		M R I	
☐ 頭部	☐ 3D-CTA ()	☐ 頭部	☐ 脳MRA ☐ MRCP
☐ 眼窩	3D画像作成 (有・無)	☐ VSRAD	☐ 頸部MRA ☐ 腎
☐ 副鼻腔	☐ 内臓脂肪測定	☐ 下垂体	☐ 胸部MRA ☐ 骨盤
☐ 内耳	☐ コロナリーCT	☐ 眼窩	☐ 下肢MRA ☐ 前立腺
☐ 頸部	・心エコー持参	☐ 副鼻腔	☐ その他MRA ☐ 子宮・卵巣
☐ 胸部	(有・無)	☐ 内耳	☐ 縦隔 ☐ 頸椎
☐ 腹部	・コアベータ使用	☐ 頸部	☐ 心シネ ☐ 胸椎
☐ 骨盤	(可・不可)	☐ 口腔	☐ 腹部 (肝・脾) ☐ 腰椎
☐ 四肢	・ミオコールスプレー使用		☐ 肝プリモ ☐ 関節
()	(可・不可)		()
☐ 椎体	・その他		☐ 四肢
()	()		()
☐ その他 ()		☐ その他 ()	

造影剤使用

- 無
- 有

妊娠の有無

- 無
- 有 (ヶ月)

DVDの取り扱い

- 患者様のお持ち帰り（読影所見は後日送付）
- 後日郵送

CT・MRI検査予約票

(患者様用)

(紹介先)
医療法人社団 成和会 西新井病院
〒123-0845 東京都足立区西新井本町1-12-12
TEL 03-5647-1700 (代表)
FAX 03-5647-1701

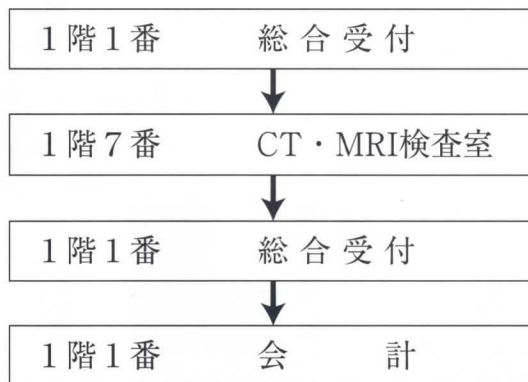
フリガナ 氏名	様 男・女			
生年月日	M・T S・H	年	月	日 才
連絡先				

予約日	年	月	日	午前 午後	時	分
紹介元病院名			貴科名		御担当医師	
病院 医院			科		先生	
TEL						
FAX						

患者様へ

1. 検査当日は予約時間の10分前までに、「1階1番 総合受付」までお越しください。
2. CT・MRI検査予約票・紹介状・保険証を必ず御持参ください。

当院における検査当日の流れは以下のとおりです。



食事は（朝食をとらないで下さい・昼食をとらないで下さい・とって頂いて結構です）

今回の検査では造影剤を（使用します・使用しません）

MRI注意事項

- 当日は身につけている金属類（時計、ネックレス、ピアス、ヘアピン等）又は、エレキバン等の磁石類はあらかじめ取り外してください。
- 磁気カード類（キャッシュカード、クレジットカード、テレホンカード等）は、検査室内に持ち込むと無効になりますのでお気を付けください。
- マスカラやアイシャドウ等の化粧が検査に影響を及ぼす事がありますので、検査当日の化粧は控えるようお願いいたします。
- 腹部、又は造影剤を使用する場合は、午前中の検査では朝食を、午後の検査では昼食をとらないようにしてください。

*次の方は医師又は技師、看護師に必ず申し出てください。検査を受けられないことがあります。

1. 心臓ペースメーカーを使用している方
2. 脳動脈瘤の手術により、金属クリップを入れてある方
3. その他の金属を体内に入れてある方
4. 現在妊娠している方、又は妊娠している可能性のある方
5. 閉所恐怖症のある方

当日来院できない場合、予約時間に間に合わない場合は、事前に当院にご連絡ください。

TEL 03-5647-1700

案 内 図

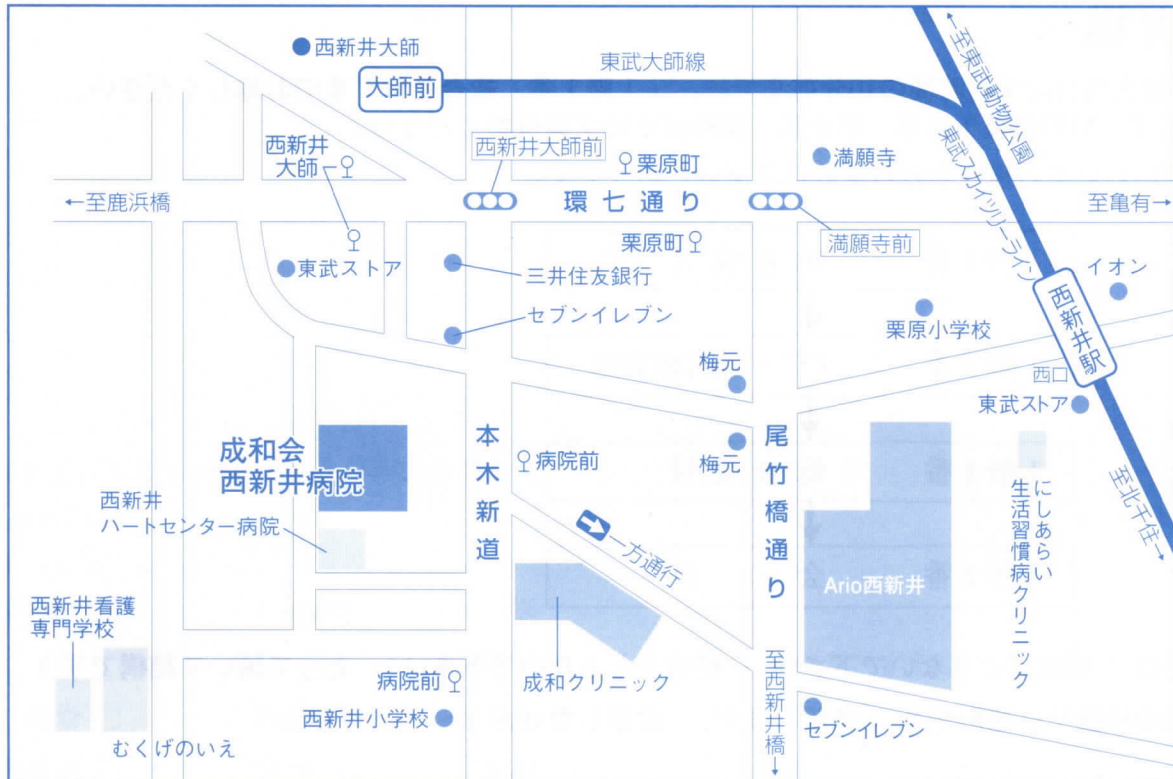
医療法人社団 成和会 西新井病院

〒123-0845 東京都足立区西新井本町1-12-12 TEL (代表) 03-5647-1700

診療受付時間 平 日 午前9:00～午後5:00

休 診 日 日曜日・祭日 (但し急患は受け付けます)

交通機関



<電車>

東武スカイツリーライン 「西新井駅」下車 徒歩12分
(常磐線・東京メトロ千代田線・東京メトロ日比谷線「北千住駅」乗換)
東武大師線「大師前駅」下車 徒歩5分
(東武スカイツリーライン「西新井駅」乗換)

<バス>

東武バス (北01) 北千住駅⇔西新井大師
「病院前」下車
都営バス (王40甲) 池袋東口⇔西新井
(王49) 王子駅⇔千住車庫
(王49折返) 王子駅⇔足立区役所
「西新井大師」下車
国際興業バス (赤27) 赤羽駅東口⇔西新井駅
(赤27-2) 赤羽車庫⇔西新井駅
「西新井大師」下車

※都営バス・国際興行バスは「西新井大師」下車となります。

