

## CT・MRI 検査の依頼方法

① ながつた脳神経外科へ電話連絡してください。  
(TEL 045-988-1855)



② 撮影部位、造影の有無、ご希望の日にち及び時間帯をお伺いします。



③ 予約枠を確認し、お返事致します。



④ 予約日時が決定後、患者様のお名前、生年月日をお伺いいたします。



⑤ CT または MRI 検査「申込書兼紹介状」に貴院にて予約日時、紹介目的をご記入の上  
当院まで FAX して頂きますようお願い致します。

※CT または MRI 検査「申込書兼紹介状」を FAX 後、患者様にお渡しして頂き、検査当日に患者様がお持ち頂くようお願い致します。

※ご紹介先の先生へ CD と報告書をご一緒に郵送致します。検査日より 4～5 日掛かります（日・祝日除く）。CD については、ご希望があれば患者様に当日渡しが出来ます。ご相談下さい。

ながつた脳神経外科

〒226-0027 横浜市緑区長津田 5-5-13 長津田メディカルスクエア 6 階  
TEL : 045-988-1855 FAX : 045-988-1856

# 単純CT検査 申込書 兼 紹介状

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	様	男・女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
〒 住所	自宅TEL： 携帯：		

紹介元医療機関：名称・所在地

TEL

FAX

医師名

検査日	年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分
-----	---------------------

撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 内耳 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部
	<input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎
	<input type="checkbox"/> 上肢 _____ (R L) <input type="checkbox"/> 下肢 _____ (R L)
	<input type="checkbox"/> その他 ( )

※病名	※初診月日 年 月 日
(病名に対して)	
※ご依頼の理由	
※必須項目	※CD-R <input type="checkbox"/> 患者渡し <input type="checkbox"/> 郵送

◆検査前チェックリスト◆

女性の方へ     妊娠無し     妊娠あり

ながつた脳神経外科

TEL 045-988-1855

FAX 045-988-1856

# 単純MRI検査 申込書 兼 紹介状

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	様	男・女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
〒 住所	自宅TEL： 携帯：		

紹介元医療機関：

名称・所在地  
TEL  
FAX  
医師名

検査日	年	月	日 ( )	午前・午後	時	分
撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 顎関節
	<input type="checkbox"/> 肩関節 (R L)	<input type="checkbox"/> 肘関節 (R L)	<input type="checkbox"/> 手関節 (R L)	<input type="checkbox"/> 股関節 (R L)	<input type="checkbox"/> 膝関節 (R L)	<input type="checkbox"/> 足関節 (R L)
	<input type="checkbox"/> 下肢 (R L)	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 下腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤部	<input type="checkbox"/> その他	)

※病名	※初診月日 年 月 日
(病名に対して)	
※ご依頼の理由	
※必須項目	※CD-R <input type="checkbox"/> 患者渡し <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/>

◆検査前チェックリスト◆

心臓ペースメーカー・人工内耳・体内自動除細動器など  無  有

体内金属  無  有      アートメイク・刺青  無  有

女性の方へ  妊娠無  妊娠有

閉所恐怖症  無  有

ながつた脳神経外科  
TEL 045-988-1855  
FAX 045-988-1856

# MRI 検査注意事項

## 1. MRI 検査とは

MRI 装置は中心に体が入る筒状の穴の開いた大きくて強力な磁石です。  
この大きな筒状の磁石の中で体に電波をあてて体の中の様子を画像化します。

## 2. MRI 検査の注意事項

次のような方は検査を受けられません。必ず事前にお申し出ください。

検査を受けられません。

- ペースメーカーを装着している方
- 人工心臓弁を入れている方

検査が受けられない場合があります。

- 体内に金属が入っている方→人工関節、脳動脈クリップ、外科クリップ等
- ほかの医療機関で MRI 検査を禁止されている方
- 妊娠の可能性がある方

MRI は非常に強い磁場内でその磁力と電波（高周波）を利用して画像をえます。磁力と電波は通常は人体に影響がありませんが、体表面や体内に金属があると正確な検査ができないだけでなく、場合によっては発熱などの危険が生じます。

また、胎児、乳児に対する安全性は確立されていないので、当クリニックでは原則として妊婦に対する MRI 検査は行っておりません。

その他、疑問点などありましたら、医師または放射線技師にお尋ね下さい。