

JCHO東京新宿メディカルセンター MRI・CT 予約票兼診療情報提供書

予約専用電話 MRI・CT 03-3269-8123（直通）（月～金 8:30～17:00）
ご記入後 03-5261-4738へFAXしてください。

①撮影の種類と部位（該当するものに○をしてください）

MRI	CT
脳 ・ 下垂体 ・ 小脳橋角部 ・ 頸部	頭部
頸椎（C） ・ 胸椎（Th） ・ 腰椎（L）	頸部 ・ 胸部
頭部MRA ・ 頭頸部MRA ・ 頸部MRA	腹部 ・ 骨盤部
その他（胸部 ・ 上腹部 ・ 骨盤 ・ 四肢）	四肢（部位）

②検査予約日

_____月_____日（ ） _____時 _____分

③診療情報提供書

患者氏名	(フリガナ) _____ (男・女)	生年月日 (西暦) _____年 _____月 _____日
依頼医師	(医療機関名) (住所・電話) _____	_____先生
検査目的 症状・既往歴・ アレルギー等	(別添にて患者様が紹介状をご持参いただいても結構です) _____	
		記載日 _____年 _____月 _____日

〈患者さまへご案内ください〉

●必ずこの書類と健康保険証を持って、検査予約時間の40分前までに

本館1階「患者サポートセンター」へお越しください。

●当院の診察券をお持ちの方は診察券もお持ちください。

●時間予約の検査ですが、患者様の来院状況により検査時間が多少前後する事があります。

●当院は、飯田橋駅下車東口またはB1出口より徒歩4分です。

(総武線、東西線、南北線、有楽町線、大江戸線がご利用いただけます。)

●ペースメーカーやステルス製の金属が体内にある方、心臓・脳の手術経験がある方はMRI検査ができません。

●誤動作の可能性があるため、インシュリンポンプ・持続グルコース（血糖）測定器はすべて外して頂きます。

●検査の前に医師の問診があります。

●検査をキャンセルする場合は、必ず事前にご連絡くださいますようお願いいたします。

●検査結果につきましては、画像と共に郵送にてお届けいたします。

(お問い合わせは下記まで)

東京都新宿区津久戸町5-1 JCHO東京新宿メディカルセンター

患者サポートセンター 03-3269-8115（直通）（受付時間：月～金 8:30～17:00）