



社会医療法人 輝城会  
吾妻脳神経外科循環器科

MR I ・ CT 依頼書類セット

(診療情報提供書 ・ 予約票)

ご予約 TEL : 0279-68-5211

FAX : 0279-68-5361

ホームページ <https://kijokai.or.jp/agatsuma-nouge/>

# ご予約から検査・診断までの流れ

## 1. ご予約

まずはお電話をください：0279-68-5211

(8:30-17:30 日曜祝日・お盆・年末年始を除く)

## 2. 内容確認

ご依頼の内容を確認させていただきます。

- ご依頼元の医療機関名
- 検査機器（MRI検査かCT検査か）
- ご希望の撮影部位（原則として、1検査1部位とさせていただきます）
- 造影検査のご希望の有無
- ご希望の予約日時
- 患者様のお名前、生年月日

## 3. 紹介状

患者様へ紹介状（診療情報提供書）と予約票をお渡しください。

- 患者様に検査予約時間の30分前にはご来院くださるようお願い下さい
- 診療情報提供書、予約票（この用紙）はホームページからダウンロードできます

## 4. 検査当日

検査当日に患者様にご持参いただきたいもの。

- 紹介状（この書式①をご利用ください）  
※診療情報提供書料（I）250点が算定可能です
- 予約票（この書式③をご利用ください）
- 保険証（保険証利用申請済のマイナンバーカードでも可）
- 各種受給者証（高齢受給者証、福祉受給者証など）
- （必要あれば）検査データ、フィルムなど

## 5. 検査結果

CD-Rと検査報告書（診療情報提供書）を作成します。

- 検査当日、画像CD-Rを患者様にお渡しいたします
- 後日、報告書をFAXいたします。原本は郵送いたします。  
(近隣の場合は直接のお届けも可能です)

※検査をキャンセルされる場合はお早めにご連絡ください。

※当院では原則、結果説明は行っておりません。ご依頼された先生からのご説明をお願いしております。

# 診療情報提供書

記入日 年 月 日

紹介先医療機関：吾妻脳神経外科循環器科

紹介元医療機関名：

所在地：

電話番号：

診療科：

医師名：

フリガナ

患者氏名

性別 男・女

生年月日 年 月 日 ( 歳)

患者住所

TEL (日中連絡がとれる電話番号)

## CT 検査

 頭部  頭頸部 胸部  腹部・骨盤部 心臓(冠動脈)  大血管 ( ) 脊椎  頸椎  胸椎  腰椎 その他 ( ) 歯科インプラント CT  上顎  下顎

## MRI 検査 (基本的に1検査1部位)

 頭部  MRI+MRA  VSRAD  頸部MRA  
 下垂体  その他 ( ) 頸部  甲状腺  その他 ( ) 脊椎  頸椎  胸椎  腰椎 心臓  シネ  冠動脈 上腹部  MRCP  その他 ( ) 骨盤 関節  肩(右・左)  膝(右・左) 股関節(両・右・左)  その他 ( )

## 造影の有無 なし 有り

(腎機能 Cre: または eGFR: )

測定日: 年 月 日

※eGFR 30 未満は造影できません

※透析患者様は造影 MRI はできません

## 疾患名・経過・検査目的

## 検査前の確認事項 (当日検査前に今一度患者様に詳しくお聞きします)

MRI: 体内埋め込み型医療機器 (心臓ペースメーカー・ICD等): 有・無 ※有は検査不可  
2か月以内のステント挿入・素材不明の体内金属: 有・無 ※有は検査不可

MRI・CT: 妊娠初期 (14週まで): 有・無 ※有は検査不可、14週以降はご相談ください

造影: 造影剤アレルギーの既往がある、喘息の治療中: 有・無 ※有は造影不可

# 診療情報提供書

記入日 年 月 日

紹介先医療機関：吾妻脳神経外科循環器科

紹介元医療機関名：

所在地：

電話番号：

診療科：

医師名：

フリガナ

患者氏名

性別 男・女

生年月日 年 月 日 ( 歳)

患者住所

TEL (日中連絡がとれる電話番号)

## □ CT 検査

 頭部  頭頸部 胸部  腹部・骨盤部 心臓(冠動脈)  大血管 ( ) 脊椎  頸椎  胸椎  腰椎 その他 ( ) 歯科インプラントCT  上顎  下顎

## □ MRI 検査 (基本的に1検査1部位)

 頭部  MRI+MRA  VSRAD  頸部MRA  
 下垂体  その他 ( ) 頸部  甲状腺  その他 ( ) 脊椎  頸椎  胸椎  腰椎 心臓  シネ  冠動脈 上腹部  MRCP  その他 ( ) 骨盤 関節  肩(右・左)  膝(右・左) 股関節(両・右・左)  その他 ( )

## 造影の有無 なし 有り

(腎機能Cre: または eGFR: )

測定日: 年 月 日

※eGFR 30 未満は造影できません

※透析患者様は造影 MRI はできません

## 疾患名・経過・検査目的

## 検査前の確認事項 (当日検査前に今一度患者様に詳しくお聞きします)

MRI: 体内埋め込み型医療機器 (心臓ペースメーカー・ICD等): 有・無 ※有は検査不可

2か月以内のステント挿入・素材不明の体内金属: 有・無 ※有は検査不可

MRI・CT: 妊娠初期(14週まで): 有・無 ※有は検査不可、14週以降はご相談ください

造影: 造影剤アレルギーの既往がある、喘息の治療中: 有・無 ※有は造影不可

# 吾妻脳神経外科循環器科 検査予約票

患者氏名： \_\_\_\_\_ 様 （当日この用紙をお持ちください）

月 \_\_\_\_\_ 日（ ） 午前・午後 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分に

（部位： \_\_\_\_\_ ）MRI・CT検査（単純・造影）を予約しました。

・ご予約の30分前までにお越しください。（問診、診察があります）

・食事は 可・不可 です。

（不可の場合6時間前より絶食してください。糖分のない水やお茶は大丈夫です）

## ご来院前の注意事項

### MRI・CT検査共通

#### ● ご持参いただくもの

- ・紹介状（診療情報提供書）
  - ・保険証（労災の場合は6号様式等、交通事故の場合は保険会社への連絡など）
  - ・各種受給者証（高齢受給者証、福祉受給者証など）
- ※保険証や労災6号様式等を提示されない場合は、自費とさせていただきます。

#### ● 当日の流れ

- ・腹部、骨盤部検査または造影剤使用検査の方は検査6時間前より絶食してください  
（糖分のないお茶・お水はお飲みいただいて大丈夫です）
- ・予約時間の30分前には来院をお願いします。より良い検査実施のために問診・診察を行います



- ・画像 CD-R をお渡しいたします。当院では原則的に患者様に直接、検査結果の説明はしておりませ  
ん。ご依頼をいただいた、かかりつけの先生からご説明を受けてください

## 自己負担金（検査費用）の目安 （注）検査内容等により金額が前後する場合があります。

検査種別	3割負担の場合	2割負担の場合	1割負担の場合
MRI（造影なし）	約 8,000円	約 5,500円	約 2,700円
MRI（造影あり）	約10,000円	約 7,000円	約 3,500円
CT（造影なし）	約 7,000円	約 4,500円	約 2,300円
CT（造影あり）	約 9,700円	約 6,500円	約 3,200円

【診察料、撮影・診断料、お返事（診療情報提供料）等を含む自己負担金の目安】

## MR I 検査の注意事項

- 以下に該当する方は検査を受けられない場合がございます。問診票にご記入ください。
  - ・心臓ペースメーカーや材質不明の体内金属のある方
  - ・閉所恐怖症の方
  - ・刺青、アートメイクのある方（やけどの可能性あります。同意書のご記入の上、自己責任のもと検査を行わせていただきます）
  - ・妊娠中または妊娠の可能性のある方（基本的には妊娠 14 週までは不可）
- 検査時の諸注意
  - ・検査は大きな音を伴います。ヘッドホンまたは耳栓をご用意いたします。
  - ・腕時計、財布（特にカード類）携帯電話等は検査室へ持ち込めません（故障の原因となります）。鍵のかかるロッカーでお預かりいたします
  - ・ネックレス、指輪、ピアス等は検査室へ持ち込めません。外しての来院をお願いします
  - ・金属のついた下着、保温下着（ヒートテック等）は着替えていただく場合があります
  - ・入れ歯、補聴器、カイロ、エレキバン等は外して検査を行います
  - ・マスカラ、アイライン、カラーコンタクトは画像に影響を与えますので使用をお控えください

## CT 検査の注意事項

- 妊娠中または妊娠の可能性のある方は検査を受けられません。

## 造影剤を使用した検査の注意事項

- 以下に該当する方は造影剤を使用できない場合がございます。
  - ・喘息、アレルギーのある方
  - ・腎機能障害のある方（MR I の場合は透析患者様）
  - ・以前に造影剤で副作用の出た方
  - ・重篤な心疾患、肝臓障害のある方

## 交通アクセス



### お問い合わせ先

社会医療法人 輝城会

吾妻脳神経外科循環器科

〒377-0801

吾妻郡東吾妻町大字原町760番地1

TEL: 0279-68-5211

FAX: 0279-68-5361

JR吾妻線群馬原町駅から徒歩10分

たかやまバス吾妻脳外科前から徒歩1分