



社会医療法人 輝城会
城西クリニック

MRI・CT 依頼書類セット

(診療情報提供書・予約票)

ご予約 TEL 027-234-7321

FAX 027-234-7325

ホームページ <https://kijokai.or.jp/josai-clinic/>

ご予約から撮影・診断までの流れ

1. ご予約

まずはお電話をください：027-234-7321

(8:30-19:00 日曜祝日・年末年始を除く、土曜は-17:30)

2. 内容確認

ご依頼の内容を確認させていただきます。

- ・依頼なさる先生の医療機関名
- ・検査機器（MR I 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

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（診療情報提供書、この書式①をご利用ください）
- ・保険証・予約票（この書式③）
- ・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（又はフィルム）と検査報告書（診療情報提供書）をお渡しいたします。

①検査当日のお持ち帰り

- ・検査終了後、1 時間程度で患者様にお渡しいたします。
（検査終了後、読影が終了するまで患者様にお待ちいただきます）

②検査報告書が翌日午後以降になる場合

- ・検査当日、画像 CD-R を患者様にお渡しいたします。
- ・検査翌日、報告書を FAX 致します。原本は郵送いたします。

※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。依頼した先生からの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 城西クリニック

紹介元医療機関名
(所在地・電話番号)

診療科
ご担当医師名

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)

□検査種別：X線 CT 検査

検査部位：

- ☐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 ☐仙椎)
☐四肢(部位：)
☐その他 ()

造影の有無

☐なし ☐有り ☐一任

(一任の場合、当院放射線科医が必要性を判断させていただきます)

(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

□検査種別：MRI 検査 (基本的に1検査1部位)

検査部位：

- ☐頭部 MRI+MRA (追加: ☐VSRAD ☐頸部 MRA)
☐眼窩 ☐下垂体 ☐鼻副鼻腔 ☐後頭蓋窩
☐頭頸部(頭蓋底以下の頸部) ☐顎関節
☐脊椎(☐頸椎 ☐胸椎 ☐腰椎 ☐仙椎)
☐胸部(☐縦隔 ☐肋骨・胸骨 ☐乳房 ☐他)
☐心臓(☐CINE ☐冠動脈 ☐遅延造影)
☐上腹部(☐肝・胆膵・脾・腎 ☐MRCP 追加 ☐肝 EOB)
☐骨盤部(☐子宮卵巣 ☐膀胱・前立腺 ☐骨盤骨)
☐大血管(部位:)
☐肩関節(右・左) ☐肘関節(右・左)
☐手関節・手指(右・左) ☐上腕・前腕(右・左)
☐股関節(両・右・左) ☐膝関節(右・左)
☐足関節・足趾(右・左) ☐大腿・下腿(両・右・左)
☐軟部腫瘍(部位:)
☐その他 ()

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)

MRI: 2ヶ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 城西クリニック

紹介元医療機関名
(所在地・電話番号)診療科
ご担当医師名フリガナ
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)

□検査種別：X線 CT 検査

検査部位：

- ☐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 ☐仙椎)
☐四肢(部位：)
☐その他()

□検査種別：MRI 検査 (基本的に1検査1部位)

検査部位：

- ☐頭部 MRI+MRA (追加：☐VSRAD ☐頸部 MRA)
☐眼窩 ☐下垂体 ☐鼻副鼻腔 ☐後頭蓋窩
☐頭頸部(頭蓋底以下の頸部) ☐顎関節
☐脊椎(☐頸椎 ☐胸椎 ☐腰椎 ☐仙椎)
☐胸部(☐縦隔 ☐肋骨・胸骨 ☐乳房 ☐他)
☐心臓(☐CINE ☐冠動脈 ☐遅延造影)
☐上腹部(☐肝・胆膵・脾・腎 ☐MRCP 追加 ☐肝 EOB)
☐骨盤部(☐子宮卵巣 ☐膀胱・前立腺 ☐骨盤骨)
☐大血管(部位：)
☐肩関節(右・左) ☐肘関節(右・左)
☐手関節・手指(右・左) ☐上腕・前腕(右・左)
☐股関節(両・右・左) ☐膝関節(右・左)
☐足関節・足趾(右・左) ☐大腿・下腿(両・右・左)
☐軟部腫瘍(部位：)
☐その他()

造影の有無

□なし □有り □一任

(一任の場合、当院放射線科医が必要性を判断させていただきます)

(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)

MRI：2ヶ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)

城西クリニック 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。

- ・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 時間前より制限ください。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

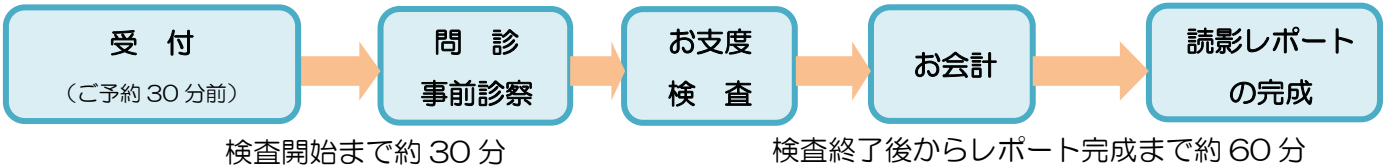
● ご持参いただくもの

- ・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。

● 当日のながれ

- ・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。



- ・検査終了後、画像診断専門医師による読影レポート作成に 60 分ほどかかります
(読影結果は後日の場合もございます)
- ・読影レポート、画像 CD-R (フィルム) をお渡しいたします。依頼元の医療機関を受診し、結果をお聞きください。
- ・当クリニックでは、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
MR (造影なし)	7,500円程度	5,000円程度	2,500円程度
MR (造影あり)	12,000円程度	8,000円程度	4,000円程度
CT (造影なし)	6,000円程度	4,000円程度	2,000円程度
CT (造影あり)	10,500円程度	7,000円程度	3,500円程度

【診察料、撮影・診断料、画像管理料、お返事 (診療情報提供料) を含む自己負担金の目安】

MRI 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・アイラインや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下さい。

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（MRI 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
城西クリニック
〒371-0033
前橋市国領町二丁目 13 番 23 号
TEL 027-234-7321
FAX 027-234-7325

建物西に駐車場がございます。
2015 年に現在地（群大病院南）に移転しました。
カーナビに入力の際はご注意ください