

①患者様情報

氏名

生年月日 年 月 日 性別 ☐ 男 ☐ 女

日中連絡先 - -

③検査区分 ☐ 保険 ☐ 自費 ☐ 自賠責 ☐ 労災

④検査機器

☐ MRI

☐ CT

⑤造影の有無（「有」の場合、Cr値の記入をお願いします。記入が無い場合や喘息治療歴がある場合、造影検査ができない可能性があります。）

☐ 無 ☐ 有

Cr 値： _____mg/dL eGFR：

測定日： _____年 _____月 _____

下記に該当する方は造影できません
MRI：eGFR**30** (ml/min/1.73cm²) 未満
または透析中の方
CT：eGFR**30** (ml/min/1.73cm²) 未満

気管支喘息治療歴

☐ 無 ☐ 有（ ☐ 無治療 ・ ☐ 無症状の状態が5年以上続いている ）

⑥検査部位（部位を○で囲んでください）

☐ 頭部（脳・脳動脈・眼窩・副鼻腔・下垂体）	☐ 脊椎（頸椎・胸椎・腰椎・仙椎）	☐ 肩関節（左・右）	☐ 上腕部（左・右）	☐ 手（左・右）
☐ 頸部（頸動脈・甲状腺・咽頭喉頭）	☐ 血管（胸部・腹部・上肢・下肢）	☐ 肘関節（左・右）	☐ 前腕部（左・右）	☐ 足（左・右）
☐ 胸部（縦隔・乳房・肺）	☐ その他（ _____ ）	☐ 手関節（左・右）	☐ 大腿部（左・右）	☐ 手指（左・右）
☐ 腹部（肝臓・胆嚢・膵臓・腎臓・副腎）		☐ 膝関節（左・右）	☐ 下腿部（左・右）	☐ 足趾（左・右）
（MRCP・EOB）		☐ 足関節（左・右）	☐	☐
☐ 骨盤（子宮卵巣・前立腺・膀胱・精巣・直腸）		☐ 股関節（左・右）	☐	☐

⑦傷病名・検査までの経緯・臨床診断・検査目的など、なるべく詳細にご記入ください。

当院記入欄

体 重 _____ kg

血 圧 _____ mmHg

脈 _____ 回

⑧チェック項目（必ず記入をお願いします）

- | | |
|-----------------------------------|---|
| ●体内埋込型医療機器（ペースメーカー・人工内耳・ICD 等） | （ 無 ・ 有 ） 有の場合、MRI 検査ができません。 |
| ●体内金属（脳動脈クリップ・ステント・人工関節・インプラント 等） | （ 無 ・ 有 ） 部位・時期・素材・MRI 検査の可否（ _____ ） |
| ●磁石式バルーンカテーテルキャップ（DIB キャップ） | （ 無 ・ 有 ） 有の場合、MRI 検査時は磁石式でないものに交換してください。 |
| ●刺青・アートメイク・増毛用パウダー・閉所恐怖症 等 | （ 無 ・ 有 ） 有の場合、MRI 検査ができないこともあります。 |
| ●妊娠、もしくは妊娠の可能性 | （ 無 ・ 有 ） 有の場合、MRI（3.0T）・CT 検査ができません。 |

⑨検査結果【画像レポートについて】 ※チェックが無い場合、従来どおりの対応になります

画 像	☐ CDR	配送方法	☐ 配送
	☐ フィルム		☐ 持ち帰り
			☐ 画像配信

⑩貴院次回診察日

20 _____ 年 _____ 月 _____ 日
（午前・午後） _____ 時 _____ 分

担当

診察医

技師

TMRCT20250201

TEL 04-2903-7892 FAX 04-2903-7886

①永仁会 依頼用 予約受付時間 平日:9:00～19:00 土日祝:9:00～17:30

診療情報提供書

（兼 検査依頼票）

年 月 日

医療法人 永仁会 永仁会シーズクリニック 宛



②受付日時

20 _____ 年 _____ 月 _____ 日（午前・午後） _____ 時 _____ 分

紹介元医療機関

診療科

ご担当医師名

（フルネーム）

①患者様情報

氏名

生年月日 年 月 日 性別 ☐ 男 ☐ 女

日中連絡先 - -

③検査区分 ☐ 保険 ☐ 自費 ☐ 自賠責 ☐ 労災

④検査機器

☐ MRI

☐ CT

⑤造影の有無（「有」の場合、Cr値の記入をお願いします。記入が無い場合や喘息治療歴がある場合、造影検査ができない可能性があります。）

☐ 無 ☐ 有

Cr 値： _____mg/dL eGFR：

測定日： _____年 _____月 _____

下記に該当する方は造影できません
MRI：eGFR**30** (ml/min/1.73cm²) 未満
または透析中の方
CT：eGFR**30** (ml/min/1.73cm²) 未満

気管支喘息治療歴 ☐ 無 ☐ 有（ ☐ 無治療 ・ ☐ 無症状の状態が5年以上続いている ）

⑥検査部位（部位を○で囲んでください）

☐ 頭部（脳・脳動脈・眼窩・副鼻腔・下垂体）	☐ 脊椎（頸椎・胸椎・腰椎・仙椎）	☐ 肩関節（左・右）	☐ 上腕部（左・右）	☐ 手（左・右）
☐ 頸部（頸動脈・甲状腺・咽頭喉頭）	☐ 血管（胸部・腹部・上肢・下肢）	☐ 肘関節（左・右）	☐ 前腕部（左・右）	☐ 足（左・右）
☐ 胸部（縦隔・乳房・肺）	☐ その他（ _____ ）	☐ 手関節（左・右）	☐ 大腿部（左・右）	☐ 手指（左・右）
☐ 腹部（肝臓・胆嚢・膵臓・腎臓・副腎）		☐ 膝関節（左・右）	☐ 下腿部（左・右）	☐ 足趾（左・右）
（MRCP・EOB）		☐ 足関節（左・右）	☐	☐
☐ 骨盤（子宮卵巣・前立腺・膀胱・精巣・直腸）		☐ 股関節（左・右）	☐	☐

⑦傷病名・検査までの経緯・臨床診断・検査目的など、なるべく詳細にご記入ください。

当院記入欄

体 重 _____ kg

血 圧 _____ mmHg

脈 _____ 回

⑧チェック項目（必ず記入をお願いします）

- | | |
|-----------------------------------|---|
| ●体内埋込型医療機器（ペースメーカー・人工内耳・ICD 等） | （ 無 ・ 有 ） 有の場合、MRI 検査ができません。 |
| ●体内金属（脳動脈クリップ・ステント・人工関節・インプラント 等） | （ 無 ・ 有 ） 部位・時期・素材・MRI 検査の可否（ _____ ） |
| ●磁石式バルーンカテーテルキャップ（DIB キャップ） | （ 無 ・ 有 ） 有の場合、MRI 検査時は磁石式でないものに交換してください。 |
| ●刺青・アートメイク・増毛用パウダー・閉所恐怖症 等 | （ 無 ・ 有 ） 有の場合、MRI 検査ができないこともあります。 |
| ●妊娠、もしくは妊娠の可能性 | （ 無 ・ 有 ） 有の場合、MRI（3.0T）・CT 検査ができません。 |

⑨検査結果【画像レポートについて】 ※チェックが無い場合、従来どおりの対応になります

画 像	☐ CDR	配送方法	☐ 配送
	☐ フィルム		☐ 持ち帰り
			☐ 画像配信

⑩貴院次回診察日

20 _____ 年 _____ 月 _____ 日
（午前・午後） _____ 時 _____ 分

担当

診察医

技師

TMRCT20250201

TEL 04-2903-7892 FAX 04-2903-7886

②貴院控え 予約受付時間 平日:9:00～19:00 土日祝:9:00～17:30

診療情報提供書

（兼 検査依頼票）

年 月 日

医療法人 永仁会 永仁会シーズクリニック 宛



②受付日時

20 _____ 年 _____ 月 _____ 日（午前・午後） _____ 時 _____ 分

紹介元医療機関

診療科

ご担当医師名

（フルネーム）

①患者様情報

氏名

生年月日 年 月 日 性別 ☐ 男 ☐ 女

日中連絡先 - -

③検査区分 ☐ 保険 ☐ 自費 ☐ 自賠責 ☐ 労災

④検査機器

☐ MRI

☐ CT

⑤造影の有無（「有」の場合、Cr値の記入をお願いします。記入が無い場合や喘息治療歴がある場合、造影検査ができない可能性があります。）

☐ 無 ☐ 有

Cr 値： _____mg/dL eGFR：

測定日： _____年 _____月 _____

下記に該当する方は造影できません
MRI：eGFR**30** (ml/min/1.73cm²) 未満
または透析中の方
CT：eGFR**30** (ml/min/1.73cm²) 未満

気管支喘息治療歴 ☐ 無 ☐ 有（ ☐ 無治療 ・ ☐ 無症状の状態が5年以上続いている ）

診療情報提供書

（兼 検査依頼票）

年 月 日

医療法人 永仁会 永仁会シーズクリニック 宛



②受付日時

20 年 月 日（午前・午後） 時 分

紹介元医療機関

診療科

ご担当医師名

（フルネーム）

ご来院前の確認事項（下記項目についてご確認ください）

＜ご持参いただくもの＞ マイナ保険証・健康保険証・資格確認書のいずれか
診療情報提供書・お薬手帳・医療券（生活保護の方）・受給者証
当院は難病指定医療機関ではないため、**指定難病医療の受給者であっても医療費のお支払いが必要です。**（小児慢性特定疾病を除く）

＜MRI 検査を受けられる方へ＞

- ※下記のような金属がある方は、MRI 検査ができません。
心臓ペースメーカー、ICD（植え込み型除細動器）、人工内耳、脳脊髄刺激電極、磁石式人工肛門、
取り外せないタイプの入れ歯、可変圧バルブシャントチューブ 等
- ※上記項目以外でも体内に金属がある方は、MRI 検査ができない場合があります。
脳動脈クリップ、体内クリップ、ステント、コイル、人工関節、インプラント 等
（材質がチタン・プラチナ製のものは検査可能です。挿入部位、時期、素材を伝えてください）
- ※下記項目に該当する方は、MRI 検査ができません。
妊娠している可能性のある方、または妊娠中で 14 週未満の方、
閉所恐怖症などで狭いところに入れない方、長時間同じ姿勢が保てない方、お体が大きく MRI の中に入れない方

※その他の注意点

- 入れ墨、化粧（アイシャドウ、アイライン等）をされている方は、検査の際、その部分が熱くなることがあります。
増毛用パウダーは使用しないでください。
- コンタクトレンズは外して頂く場合がありますので、保存ケースをお持ちください。
- 磁石式のバルーンカテーテル用キャップ『DIB キャップ』は磁石の機能を失う可能性があるため、
磁石式でない器具に交換してからご来院ください。
- ヒートテックなどの冬用機能性下着は着用を控えて頂くか、替えの下着をご用意ください。
- 検査前に着替えをして頂きます。お一人で着替えができない方、また着替えに時間がかかる方は、
着替えが行いやすい服装でご来院ください。

＜MRI または CT 検査を受けられる方へ＞

- 検査項目により制限事項があります。検査不十分となることがありますので順守してください。
- ※腹部 MRI 検査の方・・・4 時間前から禁飲食 / 造影 CT 検査の方・・・4 時間前から禁食（飲水可）
- ※前立腺・膀胱の検査の方・・・1 時間前から排尿禁止

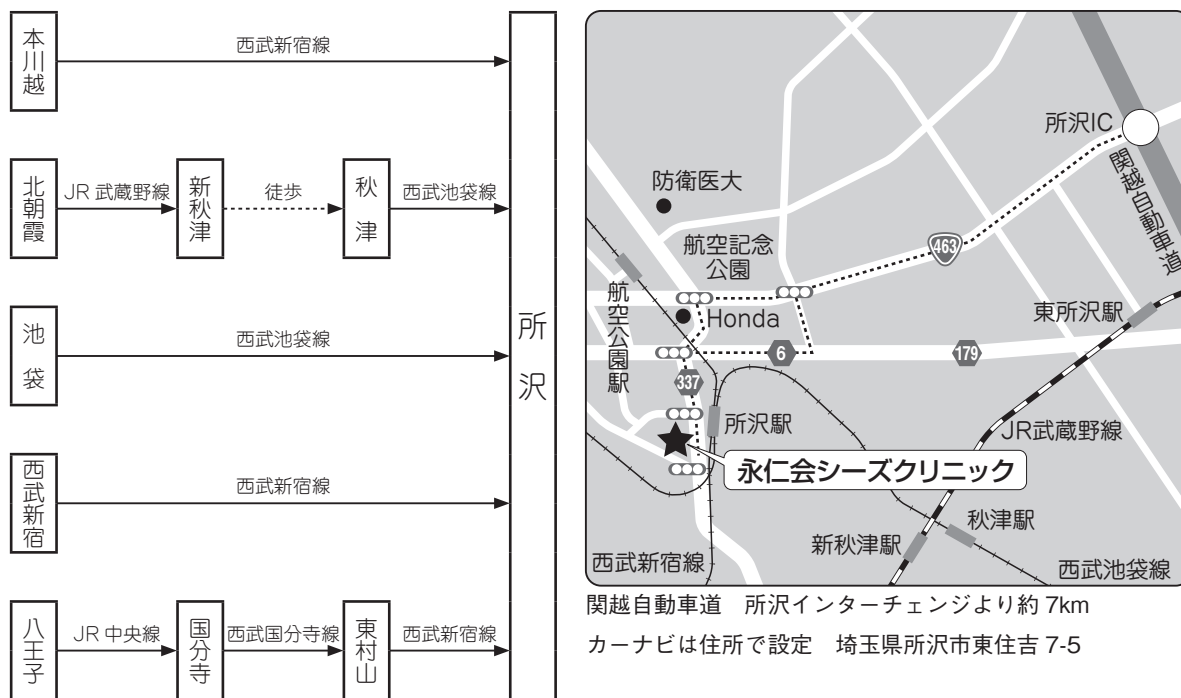
＜検査料金の目安（3 割負担）＞診療報酬改定により、料金が変わる場合があります。

MRI 検査：造影剤なし 8,000 円 造影剤あり 13,000 円
CT 検査：造影剤なし 7,000 円 造影剤あり 12,000 円

＜自賠責保険等を利用して受診する場合は、必ず事前に保険会社へ連絡をお願いします。＞

電車でお越しください。所沢駅から徒歩 5 分です。

当院駐車場は駐車できる台数が少ないため、車イスやストレッチャーの方の利用を優先させていただいております。当院駐車場が満車の場合は「所沢パークホテル」に空きがあればご利用いただけますが、所沢パークホテルも満車の場合は駐車できる場所やサービスできる駐車場はありませんのでご了承ください。



西武池袋線・新宿線「所沢駅」南口より徒歩 5 分



b6
b7C
b7D