

呉竹メディカルクリニック MRI・CT検査依頼

予約・お問い合わせ

予約・お問い合わせ

TEL: 048-658-0100

検査依頼書送信先

FAX: 048-658-0101

診療日・予約時間

診療時間		月	火	水	木	金	土	日・祝	※土曜日の診療 1・3・5週 = 診療 2・4週 = 休診
午前	9:00~12:30	●	●	●	●	●	▲※	休診	
午後	15:00~18:30	●	●	休診	●	●	休診	休診	

予約・検査手順

1	予 約	電話にて予約をお願いします。 【TEL: 048-658-0100】
2	依頼書作成	予約取得後、「MRI・CT検査依頼書」を作成しFAXにてお送り下さい。 原本は患者様へお渡し頂き検査当日持参して下さい。 【FAX: 048-658-0101】
3	検 査 当 日	①MRI・CT検査依頼書 ②保険証 を患者様が持参します。
4	検 査	検査前に医師の診察(問診)を行い、その後検査となります。
5	検 査 終 了	検査画像をCD-Rにてお渡します。

読影報告について

検査画像は、CD-Rにて検査当日にお渡しさせて頂きます。
読影については希望時は読影報告書を作成し、お渡しさせて頂きます。

整形外科領域	検査当日にお渡します。
その他の領域	約1週間後に貴院に郵送させて頂きます。

検査料金表 (目安)

MRI	1割負担	3,300円
	3割負担	7,600円
C T	1割負担	2,500円
	3割負担	5,500円

当院に初診で受診し、CD-R作成料を含んだ料金の概算です。

交通のご案内

呉竹メディカルクリニック所在地

大宮駅から

JR大宮駅西口より、歩行者デッキを経由しそごうを過ぎた所で左折する。200メートルほど直進する(徒歩5分)

駐車場

地下駐車場23台(無料)

〒330-0854 埼玉県さいたま市大宮区桜木町1-185-1
TEL: 048-658-0100 FAX: 048-658-0101

MRI・CT 検査依頼書

呉竹メディカルクリニック

さいたま市大宮区桜木町1-185-1

検査依頼書送信先 FAX 048-658-0101

予約・お問い合わせ TEL 048-658-0100

ふりがな 患者氏名 (呉竹 ID) 男 ・ 女 様	依頼元医療機関名 Tel - -
生年 T・S・H 月日 西暦 年 月 日 (才)	依頼科 ご担当医名 科
患者様連絡先 (日中連絡のとれる番号)	読影依頼 造影 要 ・ 否 大変申し訳ございません。今の所、お受けしていません。

検査予約日時 (必ず電話にてご予約の上、ご記入下さい) 年 月 日 時 分より	貴院次回診察日 月 日
<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 頭部 (脳 ・ MRA) <input type="checkbox"/> 頸部 (MRA) <input type="checkbox"/> 腹部 (肝・胆・膵・腎・MRCP) <input type="checkbox"/> 骨盤部 (前立腺・膀胱・子宮卵巣) <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・仙骨) <input type="checkbox"/> 肩 (左 ・ 右) <input type="checkbox"/> 股関節 (左 ・ 右) <input type="checkbox"/> 膝 (左 ・ 右) <input type="checkbox"/> その他 (左 ・ 右) ()	<input type="checkbox"/> CT (3D作成の時は後日返却となります) <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 (肺 ・ 縦隔 ・ 大動脈) <input type="checkbox"/> 腹部 (肝・胆・膵・腎・腹部全体) (前立腺・膀胱・子宮卵巣・大動脈) <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・仙骨) <input type="checkbox"/> 四肢 (左 ・ 右) (部位) <input type="checkbox"/> 股関節 (左 ・ 右 ・ 両) <input type="checkbox"/> その他 (左 ・ 右) ()
検査目的・撮影部位の具体的指示	主症状・臨床経過

■ 検査に際し、以下の項目の確認をお願いいたします。

MRI	体内金属 (心臓・ペースメーカー・人工内耳・脳動脈瘤クリップ・その他の体内金属) (具体的に)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	入れ歯 (磁石で固定するタイプ)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	刺青、アートメイクなど	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	妊娠の可能性 ※「有」の場合は、当院撮影不可	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
CT	妊娠の可能性 ※「有」の場合は、当院撮影不可	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有