

ご予約手順書（予約方法・結果報告）

☆ご予約方法（ご予約手順）

- 1) お電話にて下記の内容をお伝え下さい。
 - ① 貴院名、貴科名、ご担当医師名
 - ② ご依頼の検査内容
 - ③ 検査ご希望の日時
 - ④ 患者様のお名前
 - 2) 検査日時が決まりましたら、ご依頼内容確認の為、『受託検査依頼書(診療情報提供書)』の**全ての欄にご記入の上**、出来るだけ早くFAXにて送信して下さい。
 - 3) FAX送信後、診療情報提供書となりますので、コピーをお取り頂き、原本を封印の上、患者様にお渡し下さい。
検査当日ご持参下さる様、患者様にお伝え下さい。
 - 4) 受託検査依頼書(患者様控え)の『検査予約日時』と『患者氏名』欄にもご記入頂き、患者様にお渡し下さい。
 - 5) 検査をご依頼される根拠となったX線画像などございましたら、患者様にお渡し下さいますと有難いです。
- ※『**受託検査依頼書**』及び『**各検査毎の必要書類**』は、当院ホームページよりダウンロード出来ます。
当院ホームページのトップページの「外来受診のご案内」の表示の下の『**予防接種・受託検査**』の中に、**PDFファイル**にて掲載しておりますので、そちらからダウンロードしてご利用下さい。

☆検査結果報告

- 1) 後日、『読影結果レポート』と『検査画像データのCD-R』を郵送にてお送りさせていただきます。
(検査後1週間程度で発送致します。)
- 2) 当院医師から患者様への検査結果説明は致しませんので、主治医よりご説明をお願い致します。

☆検査依頼時のお願い

◎CT検査について

- 1) 当院のCTは80列のMDCTです。全身の検査が可能ですが、不得手な部位もあります。
 - 「単純撮影のみの検査」とさせて頂いております。
 - 頭部は、一般的にはMRIのほうが優れているとされています。
脳血管の評価にCTA(CTアンギオ)は優れていますが、スクリーニングとして行うのであれば、まずはMRA(MRアンギオ)をお勧め致します。
 - 甲状腺は、超音波検査をご利用下さい。
 - 乳腺のスクリーニングにはマンモグラフィまたは超音波検査が有効です。
 - 子宮・卵巣・前立腺の検査はMRI検査をご利用下さい。
- 2) 体重200kg以上の方は、機械の構造上検査は出来ませんのでご了承下さい
- 3) **腹部CT検査の場合、**昼食は召し上がりずに来院するようご指示下さい。
(主に胆道系が目的の場合、検査前5時間の空腹時間が必要です。)
ただし、普段服用している薬がございましたら、服用させて頂いてもかまいません。
水分は、水またはお茶であれば、検査1時間前までは摂取して頂いても大丈夫です。
糖尿病で血糖コントロールをしている場合は、
内服やインシュリンの使用は状況に応じてご指示頂き、
低血糖が懸念される方は検査3時間までに軽食をとり、
飴またはチョコレート等を持参する様にご指示下さい。
- 4) **単純CT検査**におきましては、同意書はありません。
食事制限は上記の通りです。
CT検査の前に、胃透視検査や注腸検査を受ける予定のある方は、
バリウムが画像に影響する為、排泄されるまで出来ませんので、
1週間以上の期間を空けてのご予約をお願い致します。

◎MRI検査について

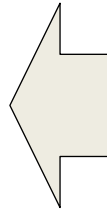
- 1) **当院の『MRI検査禁忌』として下記の方をあげています。**
「ペースメーカー・人工弁・人工内耳・人工中耳を装着している方」
「体内に金属のある方」
「体重135kg以上の方」
「腹厚24cm以上の方」
上記の方は検査が出来ませんのでご了承下さい。
- 2) **単純MRI検査について**
[単純MRI検査 安全確認リスト]にて、MRI検査の説明と承諾を得て頂き、
受診者様のご署名をお願いします。検査当日にお持ち下さい。

◎インスリンポンプ及び持続グルコース測定器を装着している場合について

- CT検査時のX線、MRI検査時の磁気の影響を受ける可能性があり、
誤作動、故障の原因となりますので、検査時には取り外して頂きます様お願い致します。

受託検査依頼書 (診療情報提供書)

宛先
みなとみらいメディカルスクエア 宛
 〒220-0012
 横浜市西区みなとみらい3-6-3
 MMパークビル2階
 ファックス (外来受付)
045-228-2003
 電話 (外来受付直通)
045-228-2001



ご依頼元医療機関名

 担当医師ご氏名

 電話

 FAX

フリガナ		生年月日	年	月	日	性別	男	・	女
患者様氏名									
住所									
連絡先	—	—	(自宅:	—	—)			

検査予約日時	年	月	日	曜日	午後	時	分
--------	---	---	---	----	----	---	---

検査項目	確認事項	撮影部位
<input type="checkbox"/> 単純 MRI	<input type="checkbox"/> ペースメーカー等の装着無し	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> 単純 CT	<input type="checkbox"/> インスリンポンプ・持続グルコース測定器の装着無し	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> マンモグラフィ	<input type="checkbox"/> 乳房に挿入物無し	
<input type="checkbox"/> 超音波検査		<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 頸動脈

検査画像希望	希望しない	・	CD-R
--------	-------	---	------

臨床診断	
臨床経過 <input type="checkbox"/> 現病歴 <input type="checkbox"/> 臨床症状等	

受託検査依頼書（患者様控え）

検査予約日時	令和	年	月	日	曜日	午後	時	分
--------	----	---	---	---	----	----	---	---

フリガナ		生年月日	年	月	日	性別	男	・	女
患者様氏名									

【 検査当日のお願い 】

☆検査当日にご持参頂くもの

- ① 健康保険証
- ② 主治医からお預かりした、受託検査依頼書(診療情報提供書)
- ③ 検査で必要となる問診票と同意書、内服している方はお薬手帳

☆検査に当たってのご注意

- ① 腹部CT検査、腹部超音波検査をお受けになる場合には、
午前8時30分以降は何も召し上がらないでご来院下さい。
水分は、水またはお茶であれば、検査の1時間前までは摂取して頂いても大丈夫です。
- ② 予約時間の15分前にはご来院下さい。
- ③ 当院では検査結果の説明はしておりません。主治医から説明をお受け頂きます様お願い致します。
- ④ 検査結果は、1週間程度で主治医へ送付致します。

ACCESS 交通手段



〒220-0012

横浜市西区みなとみらい3-6-3 MMパークビル2F

医療法人社団 相和会

みなとみらいメディカルスクエア

TEL 045-228-2001(外来受付直通) FAX 045-228-2003

- みなとみらい線 **みなとみらい駅 [4番:4a 出口]**を出たらすぐ
- JR・横浜市営地下鉄 桜木町駅より徒歩15分
公共機関でのご利用をお願い致します。