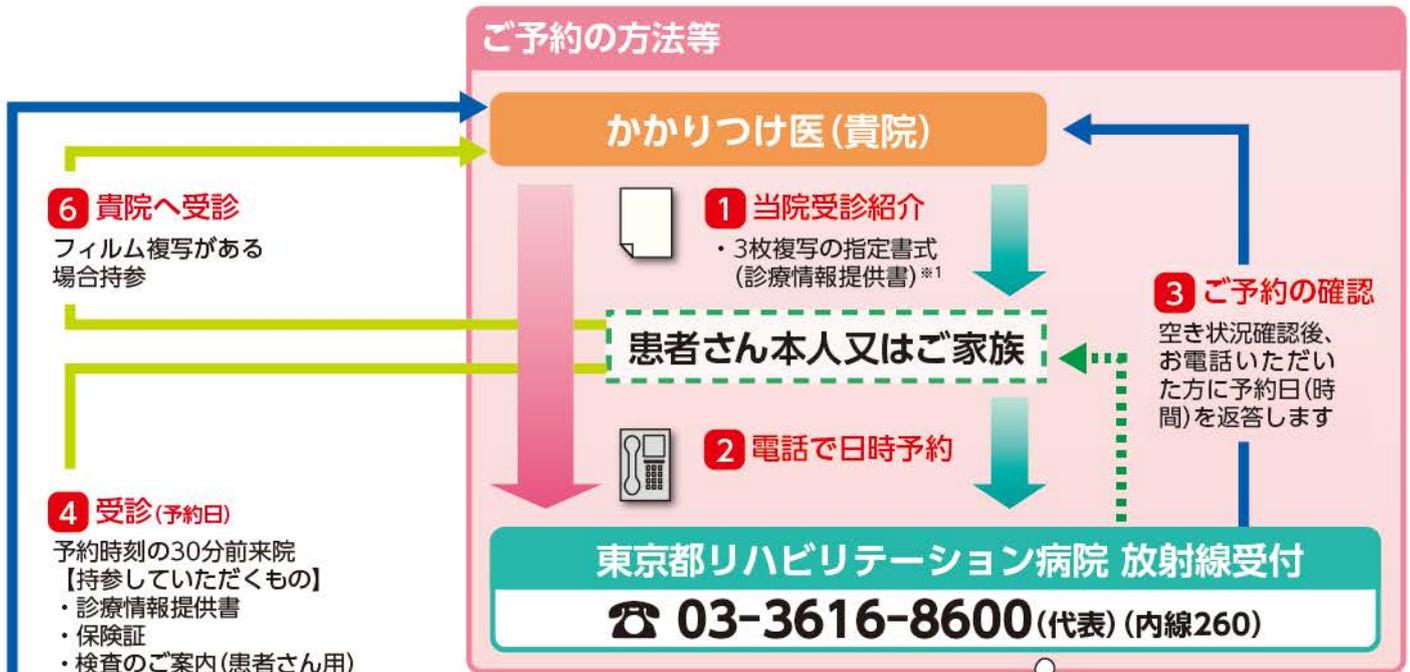


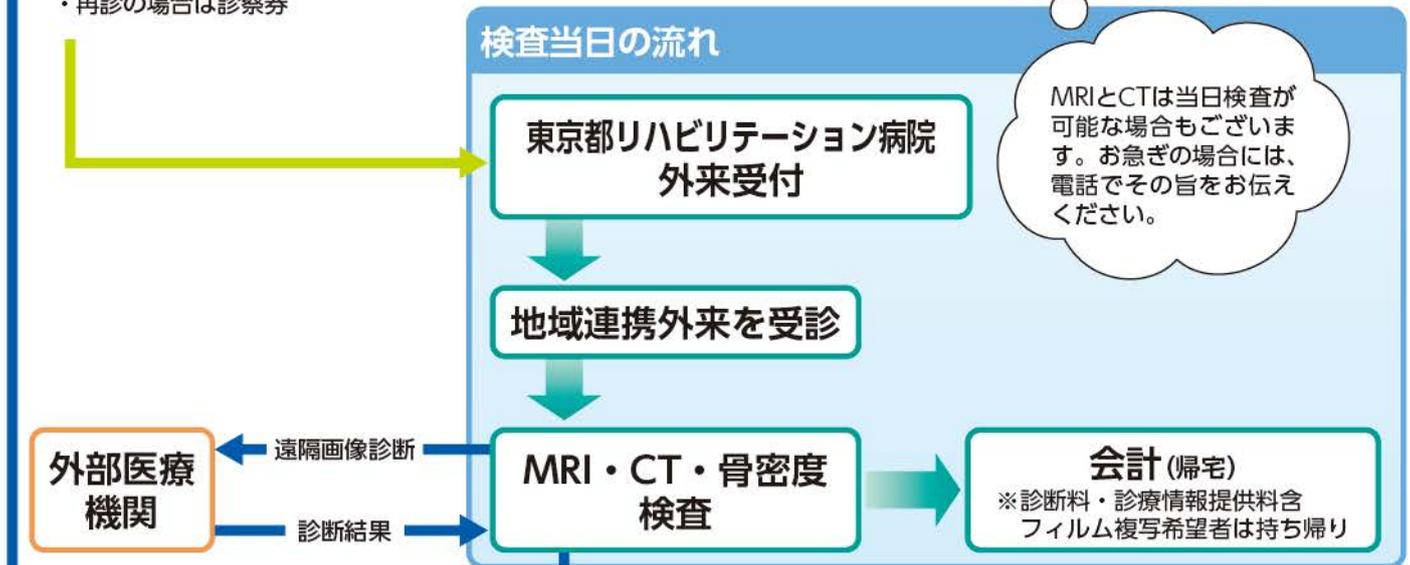


診療情報提供書 (MRI・CT・骨密度撮影利用のご案内)

ご予約の方法等



検査当日の流れ



5 結果郵送(翌営業日発送)

- 【レターパックで送付】
- ・診療情報提供書
- ・放射線データ(CD-R)
- ・診断レポート等

東京都リハビリテーション病院 放射線受付

*1 指定書式の用意がございますので、当院の放射線受付までお問い合わせください。

【利用方法等】

- 1 ご予約方法** (☎03-3616-8600・受付時間：土日祝日、年末年始を除く午前9時～午後5時)
「当院指定書式の診療情報提供書(3枚複写)」をご用意の上、受付時間内に電話で予約してください。
ご予約は、患者様本人やご家族からでも受付いたします。
- 2 指定書式の診療情報提供書について**
指定書式の診療情報提供書は3枚複写になっており、上から「東京都リハビリテーション病院用」「貴院控え」「患者様用(検査予約票)」の順に綴られています。
- 3 結果のご返答について**
当院では診断結果をより明確に判断するため、外部医療機関の専門医に診断を依頼しています。
それに伴いまして、結果は翌営業日に貴院宛に郵送させて頂くこととしています。



令和 年 月 日

フリガナ
患者氏名

生年月日
年 月 日

住所及び日中連絡の取れる電話番号 ()

紹介元医療機関の所在地および名称

診療科名

ご担当医師名

検査予約日時 ※貴院で予約された場合ご記入ください。
月 日 午前 時 分より
午後

検査部位

貴院次回診療日 月 日

検査区分
 ①MRI ②CT ③骨密度

フィルム複写希望
 無 有

●無の場合はCD-Rにデータ保存の上返送します。
●フィルム複写の場合は検査当日にお持ち帰りいただきます。

依頼部位

頭部 顎関節 副鼻腔
 頸部

頸椎 胸椎 腰椎 仙尾椎
 肺

腹部 骨盤 前立腺
 肩 肘 腕
 手関節 手

股 大腿 膝
 下腿 足
 その他
()

傷病名・紹介目的

既往歴および家族歴・症状経過および検査結果・治療結果

現在の処方

★下記の事項のチェックをお願いいたします。

MRI ●体内金属 (無・撮影可能なもの有)
具体的に()

●刺青・アートメイク (無・有) 有の場合、検査ができない場合があります。

●入れ歯(特に磁気で固定するタイプ) (無・有) 有の場合、検査ができない場合があります。

●閉所恐怖症 (無・有) 有の場合、検査ができない場合があります。

共通 ●撮影に関する患者の同意 (無・有)

●妊娠初期もしくは妊娠の可能性 (無・有) 有の場合、原則検査不可。

●手術歴 (無・有)

●薬剤アレルギーの既往 (無・有)



令和 年 月 日

フリガナ 患者氏名
生年月日 年 月 日
住所及び日中連絡の取れる電話番号 ()

紹介元医療機関の所在地および名称
診療科名
ご担当医師名

検査予約日時 月 日 午前 時 分より 午後
検査部位
貴院次回診療日 月 日

検査区分 <input type="checkbox"/> ①MRI <input type="checkbox"/> ②CT <input type="checkbox"/> ③骨密度
フィルム複写希望 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
●無の場合はCD-Rにデータ保存の上返送します。 ●フィルム複写の場合は検査当日にお持ち帰りいただきます。

依頼部位
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顎関節 <input type="checkbox"/> 副鼻腔
<input type="checkbox"/> 頸部
<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙尾椎
<input type="checkbox"/> 肺
<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 前立腺
<input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 腕
<input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手
<input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 膝
<input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足
<input type="checkbox"/> その他 ()

傷病名・紹介目的
既往歴および家族歴・症状経過および検査結果・治療結果
現在の処方

★下記の事項のチェックをお願いいたします。

MRI ●体内金属 (無・撮影可能なもの有) 具体的に()
●刺青・アートメイク (無・有) 有の場合、検査ができない場合があります。
●入れ歯(特に磁気で固定するタイプ) (無・有) 有の場合、検査ができない場合があります。
●閉所恐怖症 (無・有) 有の場合、検査ができない場合があります。
共通 ●撮影に関する患者の同意 (無・有)
●妊娠初期もしくは妊娠の可能性 (無・有) 有の場合、原則検査不可。
●手術歴 (無・有)
●薬剤アレルギーの既往 (無・有)

電話予約・予約変更は 東京都リハビリテーション病院 放射線受付
(受付時間 土・日・祝日・年末年始を除く 午前9時～午後5時)

☎ 03-3616-8600(代表)
(内線260)



令和 年 月 日

フリガナ
患者氏名

生年月日
年 月 日

住所及び日中連絡の取れる電話番号 ()

紹介元医療機関の所在地および名称

診療科名

ご担当医師名

検査予約日時 ※空欄の場合は日時をご自身で記入ください。
月 日 午前 午後 時 分より

検査部位

貴院次回診療日 月 日

検査区分
 ①MRI ②CT ③骨密度

フィルム複写希望
 無 有

●無の場合はCD-Rにデータ保存の上返送します。
●フィルム複写の場合は検査当日にお持ち帰りいただきます。

●ご都合が悪い場合、検査に遅れそうな場合、検査についてご不明な点がある場合は早めにご連絡ください。

持参していただくもの

- 診療情報提供書
- 保険証又はマイナンバー
- 予約票(この紙)

当日の検査の流れ

- 更衣がしやすい服装でお越しください。
- 検査予約時刻の30分前に初診受付にお越しください。
- 救急診療のため検査時間が遅れる場合があります。

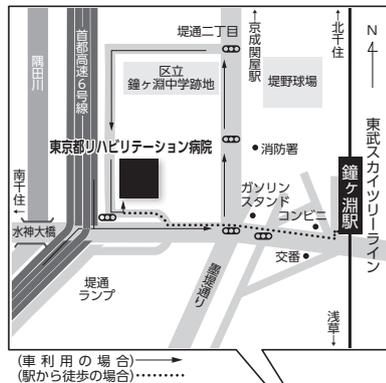
検査料金・検査時間の目安

検査内容	検査時間(目安)	窓口負担額		
		1割	2割	3割
MRI	30分	2,500円	5,000円	7,500円
CT	5分	2,000円	4,000円	6,000円
骨密度	10分	750円	1,500円	2,250円

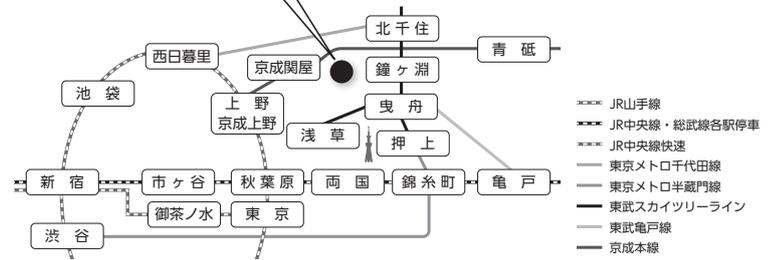
※検査料金・検査時間は内容・部位によって変わります。

交通のご案内

東京都リハビリテーション病院
墨田区堤通2-14-1



路線	乗車時間	徒歩
浅草 東武スカイツリーライン	10分	7分
亀戸 東武電戸線	曳舟乗り換え 20分	7分
錦糸町 東京メトロ半蔵門線	曳舟乗り換え 12分	7分
北千住 東武スカイツリーライン	5分	7分
京成関屋 京成本線	12分	15分



- ①電車でお越しの方
東武スカイツリーライン「鐘ヶ淵駅」徒歩7分
京成本線「京成関屋駅」徒歩15分
- ②お車でお越しの方
駐車場がございます

電話予約・予約変更は 東京都リハビリテーション病院 放射線受付
(受付時間 土・日・祝日・年末年始を除く 午前9時～午後5時)

☎ 03-3616-8600(代表)
(内線260)

検査のご案内

■ 検査全般について

○妊娠・妊娠の可能性のある方は検査をお受けになることができない場合があります。

■ MRI・CT検査を受けられる方

○おなか(腹部・骨盤部)の検査を受けられる方は

検査3時間前からお食事を取ることができません。

水やお茶はかまいませんが、牛乳やクリームが含まれたものは取らないでください。

検査1時間前から水分も取ることができません。

- 服 装：検査着に着替えていただく場合もありますので、更衣しやすい服装で来院ください。
- 検 査 中：工事現場のような大きな音(ガンガン)がする装置で撮影をおこないます。
狭いドームの中に入ってください。
- 検 査 時 間：検査内容により異なりますが、準備時間を入れて約30分です。
- 検査終了後：すぐに通常どおりお過ごしいただけます。

■ MRI検査に対する一般的な注意

この検査は、磁気と電波を利用し、人体のいろいろな断面画像を撮影する検査です。

体の中にペースメーカーなどの電子機器を埋め込んでいる場合は、検査ができませんので、お申し出ください。また、その他の金属類が体の中に入っている場合も、検査ができないか、画像が不良になることがありますので、検査前にお伝えください。

その他、検査中に具合が悪くなった場合はご遠慮なく申し出てください。しばらくの間ご協力をお願いいたします。

○MRI検査を受けられる方

以下に該当する方はMRI検査をお受けになることができない場合があります。

- ・手術等で体内に金属(心臓ペースメーカー・人工内耳・人工関節等)が入っている方
- ・刺青・アートメイクがある方(お化粧品・ネイル等も可能な限りお控えください)
- ・磁気で固定する入れ歯・インプラント等がある方
- ・強い閉所恐怖症の方・長い時間仰向けで寝てられない方

● 連絡先 ●

東京都リハビリテーション病院
(受付時間 土・日・祝日・年末年始を除く)

放射線受付
午前9時～午後5時

☎ 03-3616-8600(代表)
(内線260)