

TEL:06-6311-7500
FAX:06-6311-7510
診療時間
平日:am9:00-pm7:00
土曜:am9:00-pm5:00

ラジオロジークリニック扇町

依頼元

予約確認票

TEL _____ FAX _____
医師 _____

フリガナ (男・女)

患者氏名 様 (大・昭・平 年 月 日)(才)

(貴院ID: _____) (ご連絡先: _____)

予約日時 令和 年 月 日() AM・PM 時 分

ご希望の検査 (検査部位)

MRI (頭部・骨盤・ 関節・ VSRAD・EOB)

CT (頭部・副鼻腔・胸部・腹部)

X線 (胸部・ マンモグラフィ)

超音波 (乳房・甲状腺・頸動脈・腹部・下肢静脈瘤)

造影剤使用 要 必要時 不要(不可)

検査を受ける患者様へ

《検査当日ご持参頂くもの》 《ご注意》

①予約確認票(本票)

MRI、CT、マンモグラフィの検査は、

②保険証、医療証

妊娠中もしくはその可能性がある場合、検査できません

※当院は完全予約診療です。キャンセルの場合は前日までに、当院にご連絡ください

※「検査についての注意事項」を必ずお読みください

【確認事項】

無 有 妊娠又はその可能性

◎MR/CT造影 要、もしくは必要時の場合

無 有 気管支喘息・せき喘息

↳過去5年以内に症状 無 有

無 有 造影剤アレルギー歴(症状: _____)

無 有 腎障害(クレアチン _____ mg/dl)(採血日 _____ / _____)

(eGFR 45ml/min以上で造影可)

◎検査結果について(該当部分に○)

画像(CD自費200円・不要)

〔診断レポート(手渡し・郵送3~4日)〕

〔診断レポートのFAX(要・不要)〕

◎CT造影 要、もしくは必要時の場合

無 有 ビグアナイド系糖尿病薬の内服

↳検査前2日・当日・検査翌日(計4日間)、休薬が必要

【ラジオロジークリニック扇町 記入欄】

検査を受けられる患者様へ

※ 予約日時を変更される場合、2回目以降の変更はお受け出来ない場合がございます。

※ 妊娠中、もしくは妊娠の可能性のある方は、検査ができません(超音波は除く)。

※ 腹部の検査(MRI・CT・超音波)は、検査3時間前から絶食をお願いします。

※ 次に該当する方は、造影剤を使った検査(MRI・CT)が出来ません。担当医に確認下さい。

- 5年以内に気管支喘息・咳喘息のあった方
- 過去に造影剤による重篤な副作用(血圧低下・呼吸困難等)があった方

MRI 検査についての注意事項

※次に該当する方は、MRI 検査が出来ない事があります。担当医にご確認ください。

- | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------|
| ① <u>除細動器付心臓ペースメーカー(MRI 対応のもの含む)</u> | ⑥ <u>整形外科の手術によるインプラント挿入</u> | |
| ② <u>人工内耳</u> | ⑦ <u>血管内コイル・ステント・フィルターを留置している</u> | |
| ③ <u>脳動脈クリップ</u> | ⑧ <u>美容整形</u> | |
| ④ <u>シャントバルブ</u> | ⑨ <u>マグネット入れ歯のある方</u> | ⑩ <u>脊髄刺激装置</u> |
| ⑤ <u>内視鏡クリップ</u> | | |

・コンタクトをされている方は、検査前に外していただきます。ケース・保存液・メガネ等をご持参ください。

・検査前にアクセサリ・マスカラ・アイシャドー・カイト・貼り薬・金属の付いているかつら・ウィッグ・ヘアピースなどは取り外して頂きます。

・刺青で低温やけど・変色をする可能性があり、検査を中止することがあります。

・検査機器故障の可能性のある為、当日、増毛パウダー・白髪隠しのマスカラ等されている方は、検査が出来ません。

検査当日は、増毛パウダー・白髪隠しのマスカラ等はないよう、お願いします。

※前立腺・膀胱の MRI 検査を受けられる方へ

尿を溜めて検査を行う必要があります。受付時間の30分前からトイレに行かないようお願いいたします。

CT 検査についての注意事項

※次に該当する方は、CT 検査が出来ない事があります。担当医にご確認ください。

除細動器付心臓ペースメーカーをされている方

※検査部位に応じて、金属類・アクセサリなどの装飾品・かつら・ウィッグ・ヘアピースなどは取り外して頂きます。

保険診療費窓口負担の目安

- ① MRI 検査(造影薬剤なし)… ¥7,800～¥8,100 前後(3割負担の方)
- ② CT 検査(造影薬剤なし)… ¥6,500～¥7,100 前後(3割負担の方)
- ③ 造影検査の場合… 上記金額に¥2,200～¥7,100 前後(3割負担の方)加算されます

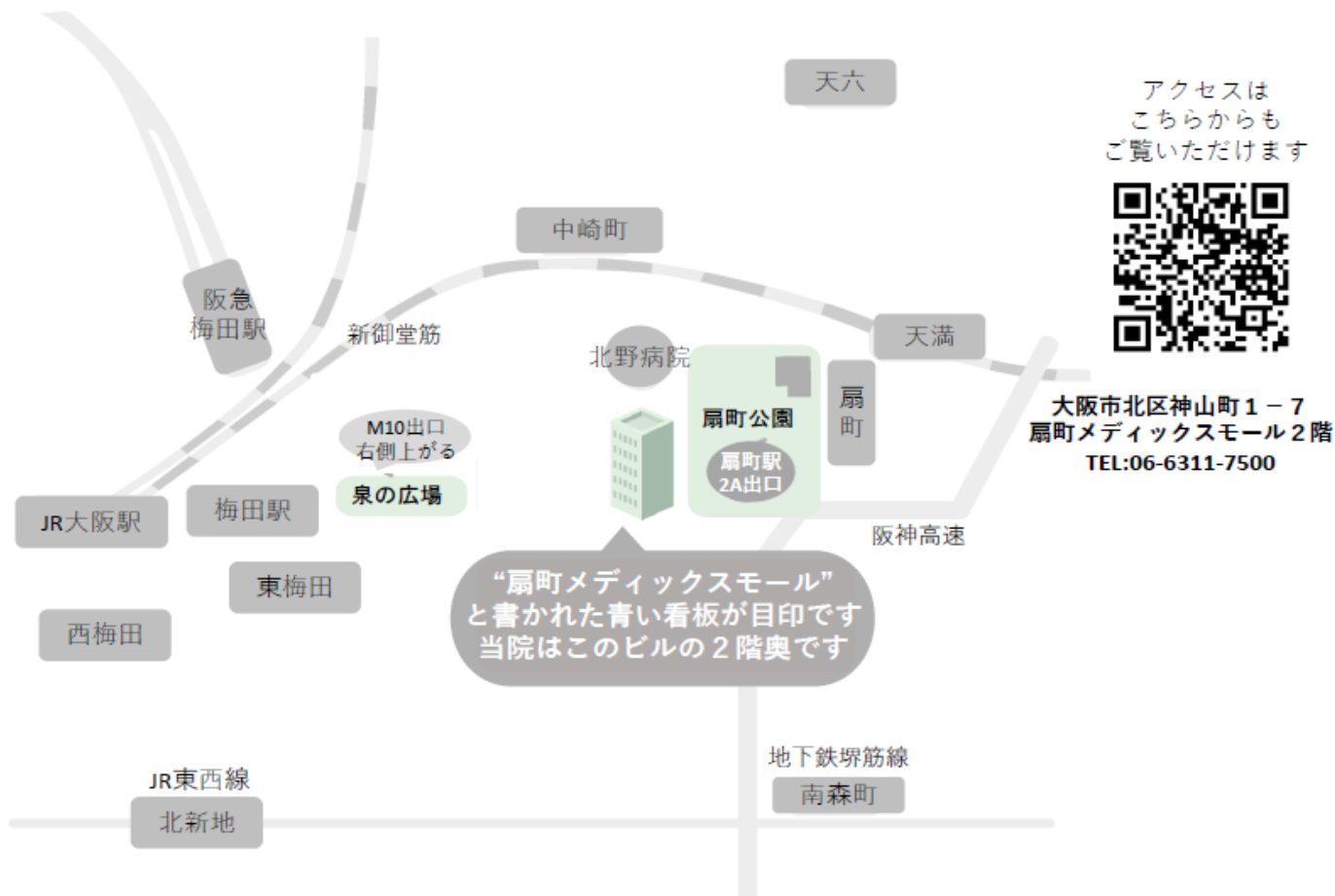
労災にて受診の患者様へお願い

※労災にて受診の場合は、検査当日に必ず、指定の様式の労災用紙をご持参ください。

労災用紙のご持参が無いなどの場合、自費(10割負担)にてお支払い頂く場合がございます。

※指定の様式の労災用紙が不明などあれば、当院(06-6311-7500)までお問合せください。

ラジオロジークリニック扇町アクセスマップ



クリニック周辺 拡大図



★『泉の広場』M10出口を出ると、左右に階段が分かれています。右側の階段を上がり地上に出て直進。
地上に出てから、徒歩約6分

☆地下鉄堺筋線『扇町駅 2-A出口』を出て、扇町公園の斜め左の道（左に扇町プール・右にグラウンド）
を進みます。2-A出口から、徒歩約4分

大阪シティバス『太融寺町』（37・78・83号系統）から、徒歩2分