

依頼元 病院・医院名			
電話番号		FAX番号	

フリガナ			
患者氏名			

生年月日	M T S H	年	月	日	性別	男	・	女
------	---------	---	---	---	----	---	---	---

保険種別	自賠責	労災	その他
------	-----	----	-----

検査目的を記入して検査機器、部位に○をしてください

検査目的:主訴ならびに病歴

()

CT	[単純 造影 両方
		頭部 頸部 胸部 腹部 骨盤部 その他()
MRI	[単純 造影
		頭部 頸部(甲状腺etc) 腹部 骨盤(子宮卵巣、前立腺)
		頸椎 胸椎 胸腰移行部 腰椎 肩関節(右・左) 手関節(右・左)
		股関節 膝関節(右・左) 足関節(右・左)
		その他()
US		腹部 乳腺 甲状腺 頸部血管 心US その他()

その他の検査

()

検査希望日

月 日 () : 頃

いすゞ病院記入欄

予約確定日

月 日 () :

予約時間の30分前にいすゞ病院総合受付へこちらの紙をお出しください
検査前に診察(問診)をいたします。

* MRI検査の場合は、MRIチェックシートも一緒にお出しください

【患者さま用】

いすゞ病院

名称 : いすゞ病院
所在地 : 〒140-0013 東京都品川区南大井6-21-10
電話番号 : 03-3762-9127
FAX番号 : 03-3762-9129
ホームページ : <http://isuzu-hospital.jp/>
交通手段 : 京浜東北線 大森駅 徒歩 5分
京浜急行線 大森海岸駅 徒歩 5分



病院に行く前に

- ・ (女性の場合) 妊娠していませんか？
- ・ 急患などにより検査開始時間または検査終了時間が遅れる場合があります。
- ・ CT、MRI撮影時は金属製のアクセサリ（ネックレス、ピアス、ヘアピン）などは身に付けしないで下さい。
- ・ 取り外し可能な義歯を使用している場合は撮影時には取り外して下さい。
- ・ コンタクトレンズをご使用中の方は外す為のケースを持参して下さい。
- ・ 入墨（アイシャドウ・眉毛含む）がある場合MRIの検査が出来ないことがあります。
- ・ MRI撮影時、お化粧を落としてから撮影させて頂く場合がございます。
(必要な方はお直しの準備をお願いいたします)

検査当日に患者さまにご持参頂くもの

- ・ 医院、病院から渡された紹介状（診療情報提供書）
- ・ 健康保険証
- ・ 当院受診したことがある方は診察券

検査当日の患者さまの行動

- 1) 予約時間に撮影を開始できるように予約時間の30分前までに病院にお越し下さい
- 2) 初診受付に紹介状（診療情報提供書）を渡し、初診申込書の記入をします
- 3) 受付手続き終了後、2階にて医師の問診を受けていただきます
- 4) 問診終了後、2階・3階・地下にて検査を行います（検査項目によりご案内します）
- 5) 検査終了後1階にてお支払いをしていただきます

※当日の患者さまのご行動は、当院の指示により上記と異なる場合がありますが、その場合は当院の指示に従っていただきます

* 予約日の都合が悪くなった場合は、必ず紹介元へご連絡下さい