検査依頼票

〈診療情報提供書〉

本票のほか、貴院所定の提供書でも対応いたします。

予約電話 042-350-3885
FAX 042-401-4505

ふりがな		M・F	生年月日 T・S・H・R 年 月 日(歳)
患者氏名	様		

以下の項目についてマルをお願いします

- 心臓ペースメーカー 無・有 ⇒検査できません
- 人工内耳 無・有 ⇒検査できません
- 感染症 無・有
- 読影 要・不要 ※要の場合、後日こちらよりFAXさせていただきます。
- 妊娠の可能性 無・有
- 体内金属 無・有 ⇒（場所 ）（種類 時期 ）

予約日時	年 月 日( )
開始時刻	午前 午後 時 分
次回貴院予約日	年 月 日( )

依頼元施設名	
依頼医	
電話番号	( )
FAX番号	( )

MRI検査

●予約一回につき、一部位とさせていただきます。
●当日検査については可能な限り、対応いたします。

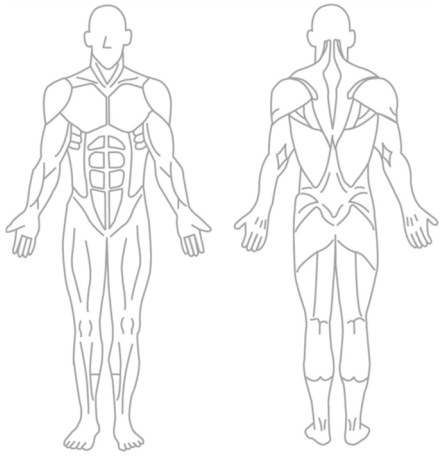
頭部 □脳( ) □他( )
脊椎 □頸椎 □胸椎 □腰椎
腹部 □肝臓 □他( )
骨盤 □前立腺 □膀胱 □子宮・卵巣
四肢 □肩関節 □肘関節 □手関節 □手指 □股関節
(右・左) □膝関節 □足関節 □足趾

CT検査

当日検査可能です。

頭部 □頭部 □副鼻腔
脊椎 □頸椎 □胸椎 □腰椎( )
胸部 □胸部( )
腹部 □上腹部のみ □上腹部～骨盤
四肢 □肩関節 □肘関節 □手関節 □手指 □股関節
(右・左) □膝関節 □足関節 □足趾 □他( )

【検査目的】 ※撮影法・画像処理法など、ご要望がありましたらお書きください。



もりや脳神経クリニック NEUROSURGERY CLINIC
〒206-0823 東京都稲城市平尾１丁目33-34
TEL 042-350-3885 FAX 042-401-4505

もりや脳神経クリニック

NEUROSURGERY CLINIC

当院へのアクセス

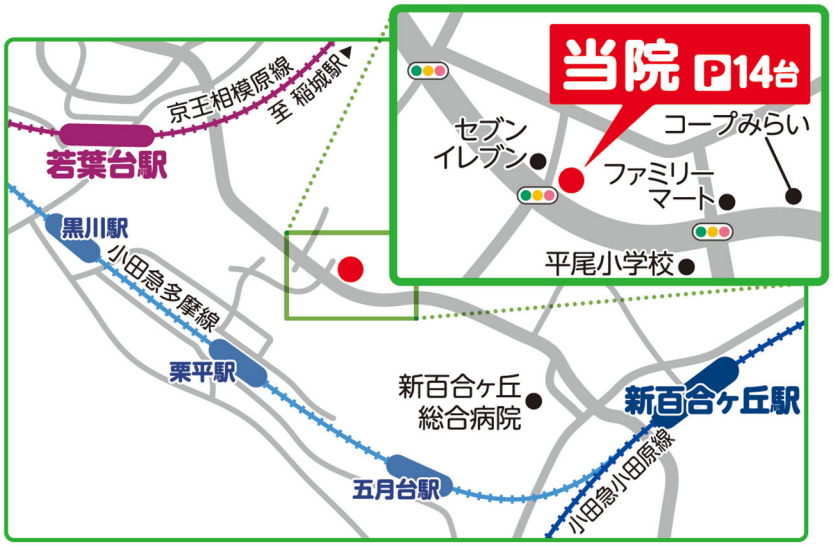
バスでご来院の方

◆新百合ヶ丘駅　5番のりば
【新05】稲城市立病院ゆき
【新06】駒沢学園ゆき
【新08】若葉台駅ゆき
【稲02】稲城駅ゆき

◆若葉台駅　2番のりば
【新08】新百合ヶ丘駅ゆき

◆稲城駅　2番のりば
【稲02】／【新05】新百合ヶ丘駅ゆき

◆ｉ（あい）バス
Aコース、Bコース、Cコース



車でご来院の方

当院専用の駐車場（無料）をご利用いただけます。
Timesの看板が入口です。**白線の駐車スペース**をご利用ください。14台まで駐車可能です。

患者さまへ

◆検査内容　　ＭＲＩ・ＣＴ・レントゲン・骨密度

◆検査日時　　年　　月　　日／　　時　　分

●持参いただくもの･･･健康保険証（各種医療証）、診察情報提供書
●**指定された検査日時**までにご来院ください。当日の所要時間は約1時間を目安にしてください。
●お問い合わせにつきましては、以下の**お問い合わせ先**へ**受付時間内**にお願いいたします。
●予約の変更は、紹介元のクリニックにて変更をお願いいたします。

お問い合わせ先

●**クリニック名**　もりや脳神経クリニック
●**住所**　〒206-0823 東京都稲城市平尾1丁目33-34
●**ホームページ** https://mori-cli.jp
●**電話番号**　042-350-3885
●**お問い合わせ受付時間**
平日･･･9:00～12:00/14:00～18:00　土曜･･･9:00～12:00
休診日：水曜・日曜・祝日

▲もりや脳神経クリニック公式HPは
こちらのQRコードからどうぞ！