セントラルクリニックグループ		
予約日時	年　月　日	時　分
個人ID	No.	
氏名		
生年月日	M･T S･H　／　／　（　歳）	

診療情報提供書兼

CT検査依頼書

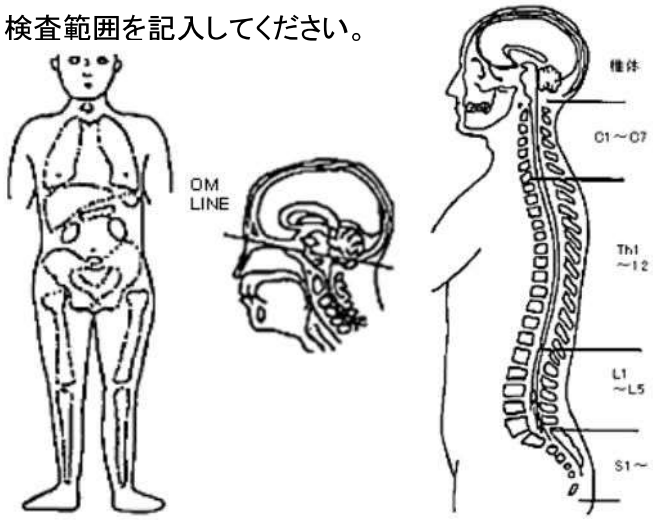
依頼元施設名	
依頼元医師名	
読影	□必要 ・ □不用
入室方法	□歩行　□車椅子　□ストレッチャー

部位

□頭部　□上下腹部
□頸部
□胸部
□上腹部
□下腹部
□その他（　）

臨床診断名

＊検査範囲を記入してください。



検査目的

担当技師

管電圧	管電流	スキャン時間	スライス枚数
KV	mA	sec	枚

医療法人 名翔会/松柏会　セントラルクリニックグループ

大名古屋ビルセントラルクリニック　TEL：052-587-0311
名古屋セントラルクリニック　TEL：052-819-1850

ＭＲＩ・ＣＴ検査のご案内

患者氏名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

予約時間　平成　　年　　月　　日　　時　　分

検査についての注意事項

◎腹部検査の方は検査前１食を食べずにご来院ください。
　水分の摂取は３時間前から控えてください。
　（薬を飲む、体調が悪いなどの場合は水分を取っていただいて構いません。）
◎腹部以外の検査の方は絶食の必要はありません。
◎下腹部検査の方で膀胱疾患を目的に検査を受けられる場合は、検査前に排尿を控えていただく必要がありますので、当日は検査室での指示に従ってください。

ＭＲＩ検査を受診される方

◎当日は保険証・ＭＲＩ検査問診表（同意書）・MRI 検査依頼書をお持ち下さい。
◎当日は 20 分前に当クリニック総合受付にお越し下さい。予約時間にお越しになれない場合は、当日の検査をお断りする場合があります。ご了承ください。

ＣＴ検査を受診される方

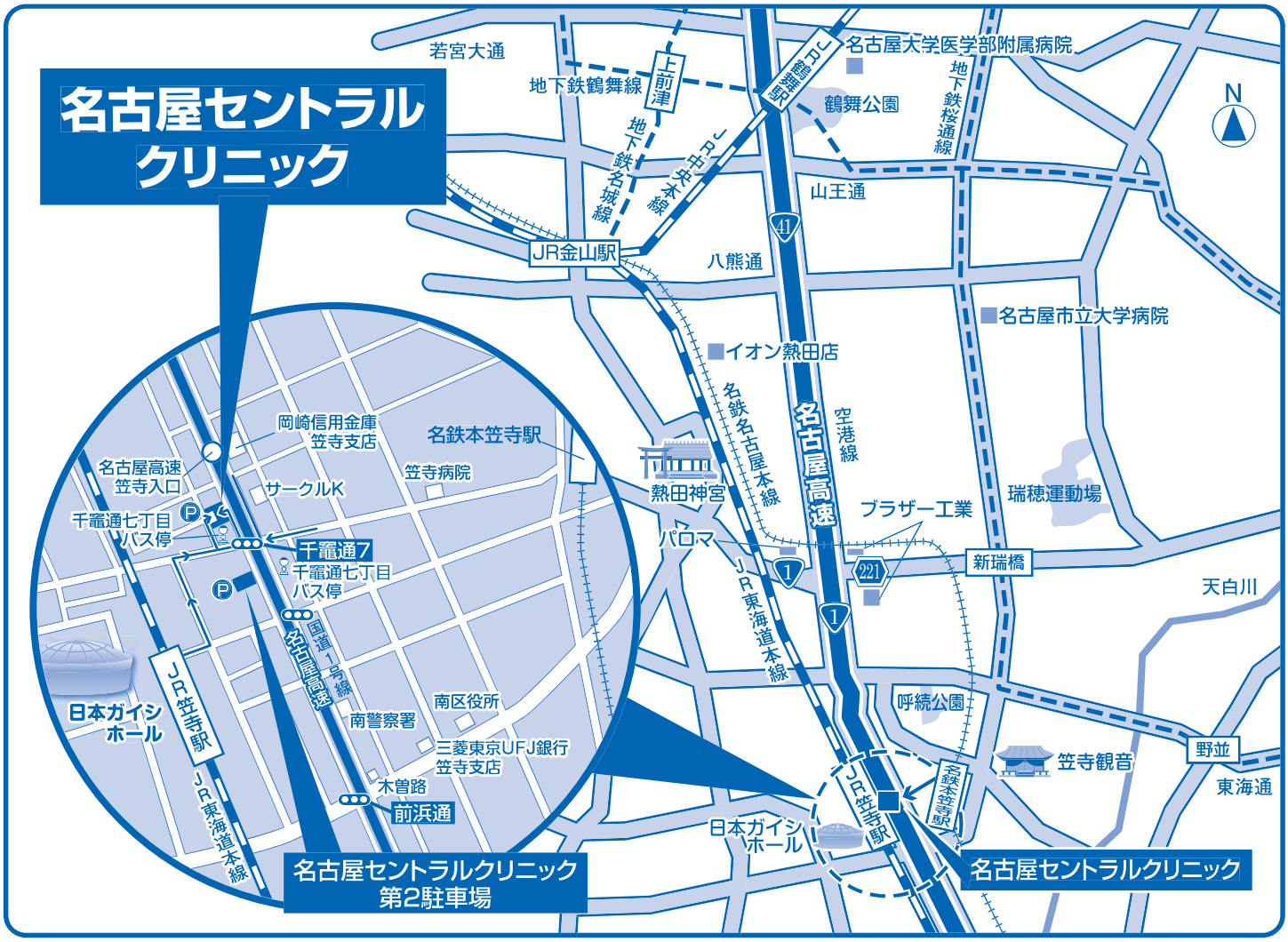
◎当日は保険証・CT 検査依頼書をお持ち下さい。
◎妊娠又は妊娠の可能性のある方は CT 検査を受診できません。医師・診療放射線技師にお申し出ください。
◎当日は 20 分前に当クリニック総合受付にお越し下さい。予約時間にお越しになれない場合は、当日の検査をお断りする場合があります。ご了承ください。

検査に関するお問い合わせは

◎検査当日に来院できない場合、検査開始予定時刻に遅れる場合、その他ご不明な点がございましたら下記へご連絡ください。

・医療法人　名翔会　名古屋セントラルクリニック　　TEL ： 052-819-1850
・医療法人　松柏会　大名古屋ビルセントラルクリニック　TEL ： 052-587-0311

名古屋セントラルクリニック
へのご案内



アクセス

電車の場合

JR東海道本線笠寺駅下車徒歩3分
名鉄名古屋本線本笠寺駅下車徒歩9分

バスの場合

金山バス停で乗車後市バス金山18号系統千竈通七丁目バス停下車すぐ所要時間：約26分

自家用車の場合

空港線、国道１号線沿い、名古屋高速笠寺入り口すぐ横。

カーナビで検索の際は
名古屋市南区千竈通7丁目16番地の1

医療法人 名翔会
名古屋セントラルクリニック
内科／消化器科／循環器科／呼吸器科／婦人科
〒457-0071　名古屋市南区千竈通7丁目16番地の1
TEL 052-819-1850　FAX 052-824-0655

名古屋セントラルクリニック駐車場 32台
第2駐車場 34台