



医療法人社団 新東京石心会

横浜石心会病院

medigle

2025年

10月1日（水）よりWEB予約開始！

WEB予約 簡単マニュアル



※本システムは医療機関がご利用頂けるシステムです。

※推奨ブラウザは、Chromeの最新バージョンとなっております。

ご利用に関する注意点

本システムをご利用いただくにあたり、「登録」が必要です。

下記URLまたは、QRコードよりアカウント登録をお願いします。

https://medigle.jp/reserve_account.html



※メディグル予約を導入している病院へは、共通のID・パスワードで予約することが可能です。

システムに関するお問合せ

本システムはメディグル（株）が提供しています。
アカウント新規発行依頼・ご利用方法のご質問については、メディグル（株）までご連絡ください。

予約の変更・キャンセル

横浜石心会病院 放射線科にご連絡ください。

直通電話：045-285-0062

メール：info-yoyaku@medigle.jp

営業時間：9:00～18:00（平日のみ）

P3	ログイン・診療科の選択
P4	検査の選択（CTまたMRI）
P5	予約日時の選択
P6・7	予約情報（検査部位）の入力
P8	予約情報の確認
P9	予約完了・予約票のダウンロード
P10	予約票サンプル（MRIは予約票と問診票の2枚が出ます）

CT／MRIの予約枠について

Web 予約枠は、原則下記時間が予約枠となります。（変更の場合あり）

月・水・金； 9：30／12：00／15：00／16：00

火・木； 9：30／12：00／15：00／17：30／18：30

土； 9：30／11：00／12：00

※ 当院のWeb予約はオープン検査のみ（MRI/CT）実施しており「診療予約」は行っておりません。

※ ご予約は、2診療日後～2ヶ月先まで予約可能です。（**土日祝日を除く**）

例：月曜日に予約作業の際は、最短水曜日の予約可。

金曜日に予約作業の際は、最短翌火曜日予約可。

※ キャンセルや日時変更の際は、お手数ですがお電話にてご連絡ください。
（放射線科直通：045-285-0062）

※ ご予約内容は、アカウントに登録されたメールアドレス宛に通知されます。

※ ログインにて医療機関名を認識しています。医療機関名は入力不要です。

※ ご不明の点は下記までお気軽にお問い合わせ下さい
横浜石心会病院 患者支援室 電話：045-581-1417

①ログイン

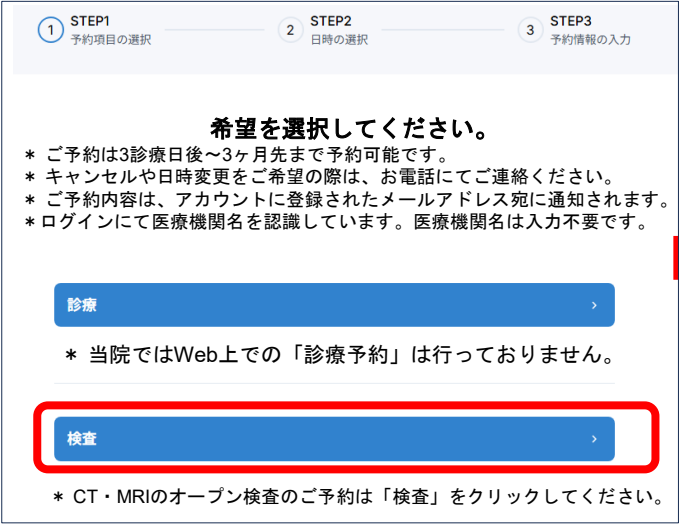
下記ページにアクセスして「ユーザー名」「パスワード」を使ってログイン



The login page for Medigle. At the top, it says "Qmedigle 予約" and "地域医療連携WEB予約システム". Below that is "メディグル病院 専用予約フォーム". There are two input fields: the first contains "abc@medigle.jp" and the second contains "*****". A blue "ログイン" button is highlighted with a red rectangle. Below the button, there is a message: "本システムはメディグル株式会社が提供しています。アカウントの新規発行・ご確認は以下よりご依頼ください。". At the bottom, there are two buttons: "新規アカウントの発行" and "ユーザー名/パスワードをお忘れの場合".

②診療科の選択

「検査」を選択し、「放射線科」をクリックしてください。（検索ワードは入力不要です）



STEP1 予約項目の選択

希望を選択してください。

- * ご予約は3診療日後～3ヶ月先まで予約可能です。
- * キャンセルや日時変更をご希望の際は、お電話にてご連絡ください。
- * ご予約内容は、アカウントに登録されたメールアドレス宛に通知されます。
- * ログインにて医療機関名を認識しています。医療機関名は入力不要です。

診療

* 当院ではWeb上での「診療予約」は行っておりません。

検査

* CT・MRIのオープン検査のご予約は「検査」をクリックしてください。



選択: 検査 > 放射線科

< 戻る

希望を選択してください。

検索ワードを入力してください

検索

放射線科

- ・妊娠中の方は検査不可となります。
- ・検査部位は1箇所のみになります。複数部位をご希望の方はお電話ください。TEL: 045-581-1417

③検査の選択

CTまたはMRI、どちらかご希望の検査を選択してください。

(検索ワードは入力不要です)

希望する診療/検査を選択してください。

🔍 検索ワードを入力してください 検索

CT >

MRI >

MRI対応でも、ペースメーカーがある方は検査不可となります。



CT（単純）またはMRI（単純）をクリックしてください。

希望を選択してください。

🔍 検索ワードを入力してください 検索

CT（単純） >

希望を選択してください。

🔍 検索ワードを入力してください 検索

MRI（単純） >

MRI検査を予約する場合

④予約日時の選択

カレンダーより希望の日程をクリックしてください。
時間枠が表示されますのでご希望の時間をご予約ください。

ご希望の予約日を選択してください。

← 前の日程

次の日程 →

日	月	火	水	木	金	土
8/17 —	8/18 ○	8/19 ○	8/20 ○	8/21 ○	8/22 ○	8/23 ○
8/24 —	8/25 ○	8/26 ○	8/27 ○	8/28 ○	8/29 ○	8/30 ○
8/31 —	9/1 ○	9/2 ○	9/3 ○	9/4 ○	9/5 ○	9/6 ○
9/7 —	9/8 ○	9/9 ○	9/10 ○	9/11 ○	9/12 ○	9/13 ○

▼

2025年9月4日

○

選択可

—

選択不可

10:00 >

10:30 >

15:00 >

日程を選択すると
時間枠が表示されます。

⑤ 予約情報の入力

※は必須項目となります。

予約情報をご入力ください。

以下の必要項目をご入力ください。

*は必須項目となります。

ご紹介者をご入力ください。

診療科

未記入でも結構です

医師名（紹介者名）

ご紹介の先生のお名前を記載ください

患者情報をご入力ください。

医療法人社団新東京石心会 横浜石心会病院への受診歴*

☐ 受診したことがある ☐ 受診したことはない ☒ 不明

患者氏名（漢字）

未記入でも結構です

患者氏名（カナ）*

カワサキハナコ

生年月日*

☐ 西暦 ☒ 和暦

昭和



35

年

1

月

1

日

性別*

☐ 男性 ☒ 女性

電話番号*

09012345678

ハイフンなし半角数字で入力してください。（例: 09001234567）

事前確認項目をご入力ください。

妊娠状態 (妊娠中の方は検査不可) *

☒ なし

ペースメーカー (MRI対応ペースメーカーでも検査不可) *

☒ なし

歯科用以外の体内インプラントの有無 (MRI対応か確認必要) *

☒ なし

☐ あり (MRI対応インプラントでも撮影部位にそれがあると画質劣化が生じます)

検査部位(頭頸部)

選択してください

検査部位(脊椎)

頸椎

検査部位(胸腹部)

選択してください

検査部位(骨盤部)

選択してください

検査部位(上肢)

選択してください

検査部位(下肢)

選択してください

検査部位を *

☒ 1部位のみ選択しました。(複数部位希望の方はお電話ください)

診療情報提供書に関してご選択ください。

※必ず来院時に原本をご持参してもらうよう患者様にお伝えください。

診療情報提供書の送付方法 *

☒ 事前にFAXする

☒ 患者さんの同意を確認しました。

予約申込の申請に進む

⑥ 予約情報の確認

選択: 検査 > 放射線科 > MRI > MRI (単純)

予約日時: 2025年9月4日 (木) 10:00~

[← 戻る](#)

予約情報をご確認ください。

*は必須項目となります。

ご紹介者

診療科	未記入でも結構です。
医師名 (紹介者名)	ご紹介の先生のお名前を記載ください

患者情報

医療法人社団新東京石心会 横浜石心会病院への受診歴*	不明
患者氏名 (漢字)	未記入でも結構です
患者氏名 (カナ) *	カワサキハナコ
生年月日*	昭和35年1月1日
性別*	女性
電話番号 (ハイフンなし) *	09012345678

事前確認項目

妊娠状態 (妊娠中の方は検査不可)*	なし
ペースメーカー (MRI対応ペースメーカーでも検査不可)*	なし
歯科用以外の体内インプラントの有無 (MRI対応か確認必要)*	なし
検査部位(頭頸部)	
検査部位(脊椎)	頸椎
検査部位(胸腹部)	
検査部位(骨盤部)	
検査部位(上肢)	
検査部位(下肢)	
検査部位を*	1部位のみ選択しました。(複数部位希望の方はお電話ください)

診療情報提供書の送付方法

送付方法*	事前にFAXする
-------	----------

予約申込を申請する

⑦予約票のダウンロード

予約が完了したら「予約票」・「問診票」（MRIのみ）をダウンロードして印刷の上、患者様にお渡しください。

医療法人社団新東京石心会 横浜石心会病院 予約フォーム

予約申込が完了しました。

予約NO: 66951-6

予約内容： > 放射線科 > MRI > MRI（単純）

予約日時： 2025年9月4日（木） 10:00

ご予約内容はアカウントに登録されたメールアドレスへ通知が届きます。
ご予約の内容等を確認し、確定次第別途メールにてご連絡差し上げます。
予約内容に変更が生じる場合は、予約先の医療機関よりご連絡差し上げます。
キャンセル・予約日時の変更は予約先の医療機関に直接ご連絡ください。

「ダウンロードする」をクリックすると
下記が表示されます。
クリックし印刷して下さい。



予約票.pdf



MRI検査・/問診票

予約資料をダウンロードして患者様にお渡しください。
診療情報提供書が含まれる場合、診療情報提供書には押印・サインをして患者様に渡してください。

予約資料を一括ダウンロードする

以下の資料が含まれます。（クリックで個別DL）

- ・ 予約票.pdf
- ・ MRI 問診票.pdf

紹介状とあわせて、予約票を必ず患者様に印刷・お渡しください。
予約票に加え、問診票なども表示があれば併せて印刷・お渡しください。
紹介状に関しましては、お手数ですが、事前にFAXをお願いします。



医療法人社団 新東京石心会

横浜石心会病院

医療法人社団新東京石心会 横浜石心会病院（検査）予約票

紹介元施設	
患者氏名	カワサキハナコ (カワサキハナコ) 様
電話番号	0455811417
生年月日	1945年2月2日
予約No	予約No. 66951-27
予約日時	2025年9月12日(金) 15時00分
予約項目	放射線科 / MRI / MRI (単純)

予約された患者様へ

※予約時間の30分前までに、1階受付に予約票・問診票・紹介状・保険証又マイナカード・診察券(お持ちの方のみ)をお出し下さい。

※ご都合で予約変更・遅れやキャンセルをされる場合は下記までご連絡願います。

【諸注意】

① 検査開始 30 分前までに来院されなかった場合には、時間通りに検査をお受けできない場合があります。

② 腹部骨盤臓器の検査の方は、検査 4 時間前より食事を摂らないで下さい。(飲水可)

③ 膀胱・前立腺の検査を受ける方は、検査1時間30分前より排尿を避けて下さい。

④ 以下のものは火傷等の危険を伴うことがあります。

・入れ墨・アートメイク・カラーコンタクト・マスカラ・アイシャドー・アイライン・ファンデーション・磁石式つけまつげ・湿布・エレキパン・カイロ・ニトロダーム(心臓用貼付薬)・ヒートテック類・遠赤外線下着・ピアスなどの貴金属類
※カラーコンタクト使用の方は取り外していただきますので、レンズケース・保存液・メガネ・予備のコンタクトなどをご持参ください。

※お化粧をして来院される方は、お化粧落としをご持参下さい。

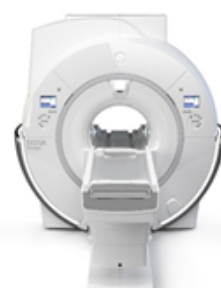
※入れ歯をしている方は保管ケースをご持参ください。

⑤ MRI検査中、材質の確認できない金属を体内に認めた場合もしくは、安全を確認できないと判断した場合には、その時点で検査を中止する場合があります。

⑥ 検査内容や緊急患者発生の際に開始時間が前後する場合があります。ご了承ください。

※心臓ペースメーカー(MRI対応含む)・除細動器・人工内耳・MRI非対応脳動脈瘤クリップ・内視鏡クリップ・避妊リング・脳深部刺激装置・脊髄刺激装置・VPシャント・VAシャントをご使用の方は検査をお受けできません。

※川崎幸病院以外で脳動脈瘤クリップ手術を受けた方は、MRI対応クリップであるかどうかを該当施設にあらかじめお問い合わせください。



SIGNA Pioneer 3.0T

病院名：医療法人社団新東京石心会 横浜石心会病院

住所：神奈川県横浜市鶴見区豊岡町21-1

TEL：045-581-1417

FAX：045-583-1498



医療法人社団 新東京石心会

横浜石心会病院

MRI 検査 問診票（オープン検査）

お名前： _____ 様

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 性別：男 女

【来院時に必ず以下の問診にお答えいただき、ご提出ください】

- ① 心臓ペースメーカー又は除細動器を使用していますか？ （ いいえ ・ はい ）
- ② 人工内耳を使用していますか？ （ いいえ ・ はい ）
- ③ 頭部に VP シヤント、VA シヤントを使用していますか？ （ いいえ ・ はい ）
- ④ 脳深部刺激装置又は脊髄刺激装置を使用していますか？ （ いいえ ・ はい ）
- ⑤ 脳動脈瘤クリップを使用していますか？ （ いいえ ・ はい ）
- ⑥ 増毛パウダーを使用していますか？ （ いいえ ・ はい ）
- ⑦ ネイルアート（マニキュア・ジェルネイル）をしていますか？ （ いいえ ・ はい ）

※①～④が、「はい」の場合、当院では検査ができません。主治医にご相談ください

※⑤が「はい」の場合、川崎幸病院以外で手術を受けられた方は、手術を受けた病院に MRI 対応クリップか否かをお問い合わせ下さい。非対応の場合検査ができません。

※⑥・⑦が「はい」の場合、検査日までに取り除いて下さい。付けたままでは検査ができません。

- ⑧ 手術を受けたことのある方は、何の手術を受けたかご記入ください。

(_____) (_____) (_____)

- ⑨ 磁石式の入れ歯をしていますか？ （ いいえ ・ はい ）

※入れ歯をしている方は検査前に外していただきますのでケースをお持ちください。

- ⑩ 入れ墨やアートメイクをしていますか？ （ いいえ ・ はい ）

- ⑪ 妊娠の可能性はありますか？ （ いいえ ・ はい ）

- ⑫ 体重をご記入ください。 ※必須 _____ kg



横浜石心会病院
横浜市鶴見区豊岡町 21-1
TEL: 045-581-1417

医療法人社団新東京石心会 横浜石心会病院（検査）予約票

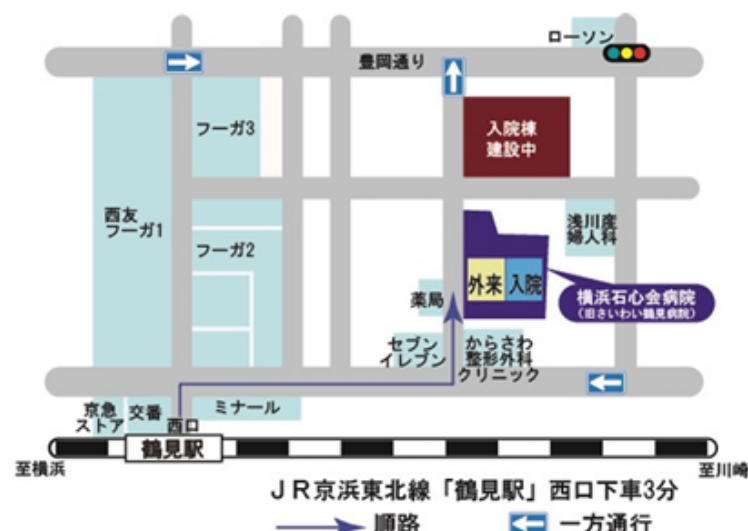
紹介元施設	
患者氏名	カワサキハナコ (カワサキハナコ) 様
電話番号	0455811417
生年月日	1935年10月10日
予約No	予約No. 66951-26
予約日時	2025年9月5日(金) 09時30分
予約項目	放射線科 / CT / CT (単純)

予約された患者様へ

- *予約時間の20分前までにご来院下さい。
- *受付窓口にて、この予約票・紹介状・保険証又マイナカード・当院診察券（お持ちの方のみ）を提出下さい。
- *ご都合で予約変更・遅れやキャンセルをされる場合は、下記までご連絡願います。
- *予約時間より早くご到着され、その時点で装置が空いていれば検査を開始いたします。
- *撮影の進捗状況により、開始時間が予約時間より遅れることもあります。ご了承下さい。

注意事項

- *腹部や骨盤腔の検査をお受けになる方は、検査4時間前までに食事を済ませて下さい。
その後は食べ物を食べずにご来院下さい。
同時に膀胱が充満した状態にしておくため、検査前1～2時間は可能な限り排尿しないで下さい。
- *飲み物の制限はありません。また内服薬などは普段どおりに服用して下さい。
- *撮影部位にかかる衣服の金属が、画像に悪影響を与えます。
当日は金属部品（ボタン・ベルト・ブラジャーの留め金やワイヤー・肩紐などのアジャスターなど）を利用した衣服は出来るだけ避けて下さい。
また止むを得ない場合は、検査衣をご利用いただけます。



J R 鶴見駅（西口）
・徒歩 3 分
京急鶴見駅（西口）
・徒歩 7 分
※お車の場合、周辺が一方通行のためご注意ください。

病院名：医療法人社団新東京石心会 横浜石心会病院

住所：神奈川県横浜市鶴見区豊岡町21-1

TEL：045-581-1417

FAX：045-583-1498