

MRI検査申込書 (兼診療情報提供書)

申込先：医師会病院 TEL43-6000 内線188

申込日時		年	月	日			
氏名	様	M・T・S・H・	年	月	日生	才	男・女
依頼病医院・医師							
検査日時	年	月	日	AM・PM	時	分	
MRI検査歴	初回・()回目	前回検査日	年	月	日		
喘息の既往	+・-	手術クリップ・クランプ	+・-				
アレルギー	+・-	人工骨頭・人工関節	+・-				
H B s 抗原	+・-・未	その他の体内金属	+・-				
ワ 氏 反 応	+・-・未	妊 娠	+・-				
H C V 抗体	+・-・未	腎機能異常	+・-・不明				
病歴・検査目的							
検査部位 (○をおつけ下さい)							
1. 頭 部 ()							
2. 脊椎・脊髄 (頸・胸・腰・仙)							
3. 眼 窩 ()							
4. 副 鼻 腔 ()							
5. 上 咽 頭 ()							
6. 頸 部 ()							
7. 胸 部 (肺・縦隔・心臓・大血管・乳房・その他)							
8. 腹 部 (肝・胆・脾・腎・副腎・大動脈・その他)							
9. 骨 盤 (子宮・卵巣・膀胱・前立腺・その他)							
10. 骨・関節 ()							
※ 記入にあつては「別紙」を参考とし、(1)を患者さんに持参させ、(2)を依頼者控として下さい。予約申込みは、放射線科へ連絡し日時を確認して下さい。検査中止または延期等は速やかにその旨をご連絡願います。							
※ 特に食事制限等は必要ありませんが、検査の種類によっては、食事を控えてもらうことがあります。							
※ 検査終了後は写真のみお渡しします。所見報告は後日申し上げます。							