

MRI検査申込書(FAX予約用)

フリガナ

患者氏名

男・女

生年月日

M・T・S・H

年

月

日

住 所

TEL

①検査部位 *該当する検査部位1つにチェックを入れて下さい。

- | | | | |
|---|--|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 全脳スクリーニング* | <input type="checkbox"/> 頸部 | <input type="checkbox"/> 頸椎 | <input type="checkbox"/> 肩(R・L) |
| <input type="checkbox"/> 脳梗塞A | <input type="checkbox"/> 頸部MRA | <input type="checkbox"/> 胸椎 | <input type="checkbox"/> 上腕(R・L) |
| <input type="checkbox"/> 脳梗塞B
(脳梗塞A+Neck MRA) | <input type="checkbox"/> 胸部(縦隔) | <input type="checkbox"/> 胸腰椎移行部 | <input type="checkbox"/> 肘(R・L) |
| <input type="checkbox"/> 動脈瘤
(Ax T2,Head MRA) | <input type="checkbox"/> 乳房 | <input type="checkbox"/> 腰椎 | <input type="checkbox"/> 前腕(R・L) |
| <input type="checkbox"/> 全脳2R
(Ax T1,T2 Sag/Cor T1,T2) | <input type="checkbox"/> 心臓 | <input type="checkbox"/> 骨盤骨 | <input type="checkbox"/> 手関節(R・L) |
| <input type="checkbox"/> 下垂体 | <input type="checkbox"/> 上腹部
(肝・膵・胆・腎・副腎) | <input type="checkbox"/> 股関節 | <input type="checkbox"/> 手指(R・L) |
| <input type="checkbox"/> 小脳橋角 | <input type="checkbox"/> MRCP | | <input type="checkbox"/> 大腿(R・L) |
| <input type="checkbox"/> 副鼻腔 | <input type="checkbox"/> 下腹部 | | <input type="checkbox"/> 膝(R・L) |
| <input type="checkbox"/> 眼窩 | <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 | | <input type="checkbox"/> 下腿(R・L) |
| | <input type="checkbox"/> 前立腺 | | <input type="checkbox"/> 足関節(R・L) |
| | <input type="checkbox"/> 膀胱 | | <input type="checkbox"/> 足部(R・L) |
| | <input type="checkbox"/> 直腸 | | |

* R・L どちらかに○を付けて下さい

- 単純 単純+造影 造影のみ (造影剤同意書・問診票を必ずご記入下さい。)
(様式6・様式7・様式8・様式9)

②検査目的

都合の悪い日

検査後の診察 必 要
()科※検査後の診察をご希望される場合のみ、必要に○をしてください。
なお、診察当日に診療情報提供書のご持参をお願いします。

医療機関名

紹介医

住 所

TEL

FAX

[三田市民病院記入欄]

患者ID

放・脳・()科

先生

予約日時

月

日 ()

:

三田市民病院

地域連携センター

TEL (079)565-8607

FAX (079)565-8015