

MRI検査申込書(FAX予約用)

フリガナ

患者氏名

男・女

生年月日

T・S・H・R

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。

☐ 全脳スクリーニング

☐ 脳梗塞A

☐ 脳梗塞B

(脳梗塞A+Neck MRA)

☐ 動脈瘤

(Ax T2,Head MRA)

☐ 全脳2R

(Ax T1,T2 Sag/Cor T1,T2)

☐ 下垂体

☐ 小脳橋角

☐ 副鼻腔

☐ 眼窩

☐ 頸部

☐ 頸部MRA

☐ 胸部(縦隔)

☐ 乳房

☐ 心臓

☐ 上腹部

(肝・膵・胆・腎・副腎)

☐ MRCP

☐ 下腹部

☐ 子宮・卵巣

☐ 前立腺

☐ 膀胱

☐ 直腸

☐ 頸椎

☐ 胸椎

☐ 胸腰椎移行部

☐ 腰椎

☐ 骨盤骨

☐ 股関節

☐ 肩(R・L)

☐ 上腕(R・L)

☐ 肘(R・L)

☐ 前腕(R・L)

☐ 手関節(R・L)

☐ 手指(R・L)

☐ 大腿(R・L)

☐ 膝(R・L)

☐ 下腿(R・L)

☐ 足関節(R・L)

☐ 足部(R・L)

* 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

ICD(埋込型除細動器)の有・無

有 ・ 無

ペースメーカーの有・無

有 ・ 無

ペースメーカー機種

:

血糖値モニタリングシステムの有・無

有 ・ 無

都合の悪い日

CT禁忌：日本オトロニック InSync8040、Theraシリーズ

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 総合支援センター

TEL (079)565－8607 FAX (079)565－8015