

### 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。

- |   |  |                                 |                                   |
|---|--|---------------------------------|-----------------------------------|
| <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<br>(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<br>(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<br>(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<br>(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**

ICD(埋込型除細動器)の有・無	有・無	都合の悪い日	
ペースメーカーの有・無	有・無		
ペースメーカー機種 :		CT禁忌 : 日本対トロニック InSync8040、Theraシリーズ	
血糖値モニタリングシステムの有・無	有・無		
検査後の診察 必要	※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。		
( )科	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・済生会病院記入欄]

患者ID

放・脳・( )科 先生

予約日時 月 日 ( ) :