

(1)

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・R | 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・膵・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。 | | | | | | |