

MRI検査 申込書 兼 紹介状

(2019年4月改訂)

FAX 0853-30-6508

年 月 日

島根県立中央病院
放射線科 担当医 殿

医療機関名 _____

医師名 _____ 印

TEL _____

FAX _____

下記、患者さまの検査予約を依頼いたします

フリガナ	<input type="checkbox"/> 男	生年月日	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R
患者さま氏名 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日	(歳)
患者さま住所		
電話番号	()	—	
第一希望日	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	第二希望日	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
		第三希望日	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
県立中央病院 診察券番号	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
紹介目的及び症状経過： (出来るだけ詳しく)			
.....			
疑い病名			
.....			

検査部位 頭部 上顎部 下顎部 頸部 胸部 上腹部 骨盤部
頸椎 胸椎 腰椎 仙椎 MRA：頭部 頸部
その他 ()

検査方法 単純

確認事項 下記のすべての項目に必ずチェックをお願いします。なお、該当項目の内容により、検査を中止する場合があります。

- ①心臓ペースメーカー：あり なし
- ②人工内耳：あり なし
- ③植え込み型除細動器：あり なし
- ④神経刺激器：あり なし
- ⑤植え込み型プログラマブル注入ポンプ：あり なし
- ⑥脳動脈クリップ：あり なし
- ⑦心臓の人工弁：あり なし
- ⑧シャントバルブ：あり なし
- ⑨骨系インプラント：あり なし
- ⑩血管内インプラント：あり なし
- ⑪消化管インプラント：あり なし
- ⑫喘息：あり なし
- ⑬妊娠：あり なし
- ⑭授乳：あり なし
- ⑮透析：あり なし

検査データ出力 CD+報告書 報告書のみ その他()