

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	第二希望日	第三希望日	
<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<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()