ＭＲＩ検査　予約申込書 兼 紹介状（診療情報提供書）

ＦＡＸ番号（地域医療連携室）	０９４８－２３－９３３５

患者情報記入欄

フリガナ 氏　名		男 女	生年 月日	明・昭 大・平	年　月　日生
住　所	TEL（　　）				

保険区分									
健被	健扶	日被	日扶	国被	国扶	退被	退扶	生保	労災
自費	自賠	乳児	障害	母子	前期高齢（　割負担）		後期高齢（　割負担）		

保険者番号	記　号	番　号	公費負担番号（老人保健含む）

予約日　年　月　日（　曜日）　時　分	単純 ・ 造影

検査部位（検査は原則として1部位とし、該当部位を○で囲んでください）					※禁忌事項がないことをご確認ください
頭　部 ⇒（ＭＲＡ　要・不要）			後頭蓋窩	下垂体	
頭頚部 ⇒（　　）を中心に			眼　窩	副鼻腔	心臓ペースメーカー　無 ☐
胸　部（乳腺・肺・縦隔・胸壁・その他　　）					人工内耳　無 ☐
ＭＲＣＰ	肝 ⇒（＋プリモビスト）・胆・膵・腎			骨盤部	眼科内金属片　無 ☐
その他の腹部（　　）					妊娠初期（15週未満）　無 ☐
頸　椎	胸　椎	腰　椎	仙尾部	股関節	古い脳動脈クリップ　無 ☐
右・左	肩関節・上腕・肘関節・前腕・手関節・手指・（　　）				その他　体内金属
	大腿部・膝関節・下腿・足関節・足部・（　　）				部位（　　）
頭部以外のMRA：腹部（　　）・両下肢・その他（　　）					喘息･アレルギー　無・有
診断名または主症状					30分安静　可・否
					補聴器　無・有

検査目的

主治医 ＿＿＿＿＿＿＿＿

別紙、造影検査説明に対して、十分ご理解いただけうえ、ご署名をお願いいいたします。

造影検査を受けることに同意します。　（ご署名）＿＿＿＿＿＿＿＿

ご希望の画像提供方法をお選びください　ＣＤ　・　フィルム

紹介元医療機関	TEL
	FAX