

診療情報提供書 (MRI申込書)

医療法人 三慶会 指扇病院

申込日 平成 年 月 日

〒331-0074

医療機関名

埼玉県さいたま市西区宝来1295-1

医師氏名

[予約専用] 048-623-5427 (放射線科直通)

住所

[代表番号] 048-623-1101

電話番号

[FAX] 048-624-8539

FAX番号

患者氏名	フリガナ	男・女	明・大・昭・平		
			年	月	日 (歳)
患者住所	〒	電話番号			
検査予約日時 平成 年 月 日 () 時 分					
検査目的 臨床症状					
部位	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 (ガドリニウム・肝臓造影剤プリモビスト) ※要別紙同意書 <input type="checkbox"/> 脳 (MRI+MRA) <input type="checkbox"/> 内耳 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> その他 () ※ご希望の撮像条件などありましたらご記入ください ()				

※予約を入れる前にご確認をお願いします。ご不明な点がございましたら、放射線科までご連絡ください。

検査を受けられません

- ①心臓ペースメーカー、人工内耳、磁力で装着する義眼などを装着されている方
- ②カプセル内視鏡、イレウス管を挿入されている方
- ③他の医療機関でMRI検査を禁止されている方

検査を受けられない場合があります

※該当する項目に☑をお願いします

- 体内に金属が入っている方
例) 人工弁、脳動脈クリップ、V-Pシャント、人工関節
髄内釘、ステント、歯科インプラント(磁石で脱着可能なもの) など
※素材、挿入時期などをおわかりになる範囲でご記入ください

()

- 妊娠中の方
- 入れ墨・アートメイクをされている(脱色、やけどを起こす可能性があります)
- 閉所恐怖症の方

以上確認し、MRI撮影可能と判断します ※☑をお願いします