

受付日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

济生会横浜市南部病院 単純MRI検査申込書・紹介状

様 予約日時: _____ 年 _____ 月 _____ 日 () _____ 時 _____ 分

下記の空欄部分に必要な事項を記入のうえ、南部病院地域医療連携室あてにFAXでご返送ください。
(FAX 045-832-8340)

紹介医療 機関の名称 _____	医師名 _____
住所 〒(_____ - _____)	電話 _____ - _____
	FAX _____ - _____

フリガナ _____	性別 _____	生 年 月 日 _____
患者様 氏 名 _____	男・女 _____	大正 (T) 昭和 (S) 平成 (H) _____ 年 _____ 月 _____ 日
住 所 〒(_____ - _____)	電 話 _____ - _____	

当院受診歴 (有 ・ 無) _____

患者ID -

- 【依頼検査】 MRI (単純のみ)
 【検査部位】 頭部 頸部 胸部 上腹部 下腹部 上肢 下肢
頸椎 胸椎 腰椎 ※原則として1検査1部位とします

【この検査で知りたい画像情報や臨床診断名及び検査目的など具体的に記載してください】

見本

【依頼医師確認事項】

《禁忌事項》 該当する方は検査を受けることができません

- ペースメーカー、ICD、人工内耳、神経刺激装置 無 有
- 水頭症の手術による圧可変式バルブシャント 無 有
- (女性の方のみ)妊娠中または妊娠している可能性 無 有

《確認事項》 該当する方は検査を受けられない場合があります

- 脳動脈クリップ → チタン以外不可 無 有 (□MRI対応確認済)
- その他体内金属 → 下記に部位・時期・材質などご記入ください 無 有 (□MRI対応確認済)
- { _____ }
- 閉所恐怖症 無 有
- 刺青、アートメイク → 変色、やけどの可能性が有ります 無 有
- インスリンポンプ、持続血糖測定器装着 無 有

共同利用検査はお受けできません。
各診療科へご紹介ください。

【画像出力方法】 CD-R (DICOM viewer付) ※いずれか一方の媒体を選択してください
 フィルム 検査当日、患者さまにお渡しします