

M R I 検査予約申込書

済生会飯塚嘉穂病院 地域医療連携室 宛
[→ 放射線部 行]

FAX番号…0948-22-3859

電話番号…0948-22-3804(地域医療連携室直通)

…0948-22-3740(代表)放射線部(内線1400)

フリガナ			男	生	明・昭		年	月	日
患者氏名			女	年	大・平		月	日	
住所			TEL	-					
保険区分	健(本)	健(家)	日(本)	日(家)	国(本)	国(家)	退(本)	退(家)	生保 労災
いずれかに○	自費	自賠	乳児	障害	ひとり親	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)				
送迎サービス		希望しない ・ 希望する (行き ・ 帰り)							

予約日	平成	年	月	日 (曜日)	時	分	画像提供方法
-----	----	---	---	---------	---	---	--------

撮影区分	単純	・	造影	造影検査の際は3か月以内の腎機能データを右欄にご記入ください。	検査日	年	月	日
					数値	BUN	Cre	

検査部位 1カ所を選び○で囲んでください						ご希望があれば選択ください			
脳+MRA	副鼻腔	頸髄	胸髄	腰髄	全脊髄	Axial	T1	T2	FLAIR
VSRAD(脳)	頸部+MRA	胸部縦隔	肝臓	腎臓	副腎		脂肪抑制	DWI	PD
胆嚢+MRCP	膵臓+MRCP	前立腺	膀胱			Sagittal	T1	T2	FLAIR
子宮	卵巣	骨盤	乳房 ()				脂肪抑制	DWI	PD
右 ・ 左	肩関節	上腕	肘関節	前腕	手関節	Coronal	T1	T2	FLAIR
	股関節	大腿	膝関節	下腿	足関節		足部	脂肪抑制	DWI
MRA ()	軟部組織 ()		その他 ()						

診断名

検査目的

主治医氏名

紹介元医療機関

TEL

FAX

検査当日の注意事項

- 検査当日、腹部領域・造影検査の場合は検査前4時間は絶食です。また、MRCP(胆管膵管の映像検査)の場合は飲水も禁止です。
- 来院された患者様に問診した後、検査内容の同意書に署名をいただき、検査を実施します。
- 検査後、会計を済ませてお帰りいただきます。