

MRI 検査予約申込書

濟生会飯塚嘉穂病院 地域医療連携室 宛

FAX番号…0948-22-3859

電話番号…0948-22-3804(地域医療連携室直通)

[→ 放射線部 行]

…0948-22-3740(代表)放射線部(内線1400)

フリガナ			男	生	明・昭					
患者氏名			女	年	年 月 日					
				月	大・平					
				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(休止中)		希望しない ・ 希望する (行き ・ 帰り)								

予約日	年	月	日 (曜日)	時	分	画像提供方法
						CDでの提供となります

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

年	月	日に検査説明しました。	(主治医氏名)
			(説明医ご署名)

別紙、検査説明に対して理解したうえご署名をお願いします。

検査を受けることに同意します。 (ご署名)

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(膵胆管検査)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。