

紹介患者様MRI検査予約申込書

医療機関名： _____

紹介医師名： _____ 先生

紹介患者様情報

診療種別	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 労災	<input type="checkbox"/> 交通事故	<input type="checkbox"/> その他 ()
フリガナ		性別	生年月日	年齢
氏名	(旧姓)	男女	T S H R 年 月 日	
住所	TEL () -			

検査希望部位 (造影剤使用希望：なし・あり) ※喘息があるときは、造影できません。

部位：頭部・頸部・胸部・乳腺・腹部・骨盤部・頸椎・
胸椎・腰椎・肩関節・膝関節・股関節・その他 ()

造影剤使用希望「あり」のとき

CRE _____ (eGFR _____) BUN _____

検査希望日

月 日 曜日 時 分～

備考

<input type="checkbox"/> ペースメーカー	<u>なし・あり</u>	<input type="checkbox"/> 入れ墨	<u>なし・あり</u>
<input type="checkbox"/> 心臓人工弁	<u>なし・あり</u>	<input type="checkbox"/> 閉所恐怖症	<u>なし・あり</u>
<input type="checkbox"/> コンタクトレンズ	<u>いいえ・はい</u>	<input type="checkbox"/> 補聴器	<u>なし・あり</u>
<input type="checkbox"/> 手術歴	<u>なし・あり</u>	<input type="checkbox"/> 体重	_____ kg
<input type="checkbox"/> 体内金属 (人工骨頭、人工関節、手術用クリップ、動脈瘤クリップ、入れ歯、インプラント、整形外科素材、スワンガンツカテーテル、脳室シャントチューブなど)			<u>なし・あり</u>
<input type="checkbox"/> これまでMRI撮影をしたこと (他院を含む)	<u>なし・あり</u>		
<input type="checkbox"/> (女性のみ) 現在妊娠している	<u>いいえ・はい</u>		

送信者様氏名

※本書と一緒に、診療情報提供書を送信してください。