

MRI検査申込書

ご紹介くださる医療機関様へ … MRI検査の予約後に下記の太線内の項目を記入のうえ FAXにてお申込下さい。

仁厚会病院 FAX 046-221-5309

フリガナ 患者名		性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		生年月日 <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		才 年 月 日
住所			TEL			
保険者番号		記号		番号		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
紹介医療機関				紹介医名		
紹介医療機関電話番号						

下記の項目は、ご紹介くださる先生がご記入下さい。

撮影部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> その他 () 撮影範囲
病名 保険適用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
検査目的
特別指示
臨床診断
①30分ほど静止できる患者様ですか。 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない ②妊娠またはその可能性がありますか <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ③体内に金属はありますか。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () ④閉所恐怖症はありますか。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⑤上記をふまえて検査は可能ですか。 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可

※検査当日は、必ず保険証を持参して下さい。
 ※腹部検査の方で午前検査の方は朝食を、午後検査の方は昼食をとらないで下さい。

当院記入欄

検査日 平成 年 月 日 () 時 分

ID

医事課	医師	会計	完了