

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。

検査日時	平成 年 月 日 () 時 分
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	
読影	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※読影は毎週水曜日の午前中に行っております。
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

ID

会計	完了