

MRI検査申込書

ご紹介くださる病院様へ … 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 TEL 046-221-3330 FAX 046-221-5309

申込日	平成	年	月	日	ID番号			
検査日	平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	時	分	
フリガナ		性別		生年月日				
患者名		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 才				
住所					TEL			
保険者番号		記号		番号		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		
紹介病院名				紹介医名				

下記の項目は、ご紹介くださる先生が患者さまに問診のうえ記入してください。

①現在の体重。	_____ kg
②閉所恐怖症ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③体内に金属類を所持していますか。 ある場合は、下記の該当する項目にチェックをしてください。	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 動脈瘤クリップ <input type="checkbox"/> 消化器手術クリップ <input type="checkbox"/> 心臓人口弁 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 埋め込み式補聴器 <input type="checkbox"/> 避妊器具(リングなど) <input type="checkbox"/> 骨折用接合金属 <input type="checkbox"/> 眼球内金属粉じん <input type="checkbox"/> 人工器官(義眼、義手、義足、義歯など) <input type="checkbox"/> 弾丸 <input type="checkbox"/> いれずみ <input type="checkbox"/> その他 _____	
④いままでに心臓発作を起こしたことがある。	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
⑤妊娠またはその可能性がありますか。	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
◆造影剤を使用する場合のみご記入下さい。	
①薬のアレルギーがある。 ある場合は、どのような薬か記入して下さい。	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
②今までにてんかんの発作を起こしたことがある。 ある場合は、薬でコントロールされていますか。	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> されている <input type="checkbox"/> されていない
③今までに喘息の発作を起こしたことがある。	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
その他検査に必要な情報などがありましたらご記入下さい。	

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"/> 単純のみ <input type="checkbox"/> 造影のみ <input type="checkbox"/> 単純と造影
病名	
症状経過	
臨床診断	検査結果の読影希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

※検査当日は、必ず保険証を持参して下さい。