

MRI 検査申込書 / 診療情報提供書

一般財団法人 医療・介護・教育研究財団
柳川病院

受付 放射線科
TEL:0944-72-6171
FAX:0944-74-8165

紹介元 医療機関	
紹介医師	
住所	
TEL	
FAX	

患者情報			
ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	住所
氏名			
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 歳	電話	() -
柳川病院受診歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	携帯	() -

検査日時	令和 年 月 日 (<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後) 時 分	※お電話にて 決定した日時
------	--	------------------

撮影部位	
頭 部	<input type="checkbox"/> 脳+MRA <input type="checkbox"/> 脳+頭頸部 MRA
胸 部	<input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 乳房
腹 部	<input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 胆嚢・膵臓 <input type="checkbox"/> MRCP
骨 盤	<input type="checkbox"/> 骨盤
脊 椎	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎
四 肢	撮影部位を()に記入し、左右を選んでください。 撮影部位 () <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
そ の 他	<input type="checkbox"/> ()

造影剤使用の有無
(単純・造影は当院担当医により変更の可能性があります。)
<input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 担当医に一任
BUN: mg/dl Cre: mg/dl
採血日: 令和 年 月 日
体内金属等の有無
<input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり
<input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工内耳
<input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ <input type="checkbox"/> 人工骨頭・人工関節
<input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 刺青

病名	
既往歴	
検査目的 (できるだけ詳細にご記入ください。)	

画像出力	画像データ	読影結果
<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム	<input type="checkbox"/> 患者様へお渡し <input type="checkbox"/> 翌診療日配送	<input type="checkbox"/> 当日FAX+翌診療日配送 <input type="checkbox"/> 翌診療日配送

※切り取り線※

患者情報	様	※予約時間の30分前までに来院してください。
予約日時	令和 年 月 日 (<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後) 時 分	
注意事項	<input type="checkbox"/> 特に絶食の必要はありません。 <input type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食) を摂らずに来院してください(飲水は可能です)。	