

# MRI検査依頼用紙(診療情報提供書)

紹介元医療機関:

MRI 検査紹介先機関

所在地:

はなぶさ脳神経外科・皮ふ科クリニック

TEL:

TEL:0798-32-5537 FAX:0798-32-5538

FAX:

西宮市常磐町1-27 ヤマイチPLAZA さくら夙川2階

医師名:

(スーパーマルハチさくら夙川店共用駐車場あり)

フリガナ		性別	男・女
患者氏名		生年月日	T・S・H 年 月 日生 ( 歳)
住所			
電話番号			

予約MRI検査日	月 日 曜日	午前・午後	時 分
来院時間	検査予約時間の20分前 (必ず保険証またはマイナ保健証を持参して下さい)		

診断名	
所見・検査目的	
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頰椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 整形外科領域 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 四肢 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 眼科領域 ( ) <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科領域 ( ) <input type="checkbox"/> MRCP ( ) <input type="checkbox"/> 腹部その他 ( ) <input type="checkbox"/> 泌尿器科領域 ( ) <input type="checkbox"/> 婦人科領域 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
画像レポート	<input type="checkbox"/> 必要 (後日FAX、郵送となります) ・ <input type="checkbox"/> 不要
CD-ROM	<input type="checkbox"/> 患者手渡し <input type="checkbox"/> 郵送 (患者手渡し不可の場合)
検査結果説明	(脳・脊椎の場合に限る) <input type="checkbox"/> 必要 ・ <input type="checkbox"/> 不要

## 確認事項

心臓ペースメーカー・人工内耳・埋め込み除細動器	有・無
体内金属(種類: )	有・無
歯の矯正、インプラント	有・無
アートメイク、入れ墨など	有・無
閉所恐怖症	有・無
妊娠の可能性	有・無

## MRI 予約方法

1. まずお電話ください。TEL 0798-32-5537
2. 日時を決めます。撮影部位により放射線技師に確認が必要な場合、こちらから折り返しお電話します。
3. 決定した日時をこの用紙に記入し、当院までFAXしてください。FAX 0798-32-5538
4. 患者様には上記確認事項にチェックを入れて検査当日、この用紙と保険証(またはマイナ保健証)をお持ちいただき、20分前までに来院するようにお伝え下さい。画像レポートは翌日以降FAX、郵送させていただきます。

はなぶさ脳神経外科・皮ふ科クリニック FAX: 0798-32-5538