

湘南慶育病院 MR I 検査予約申込書 (FAX)

FAX番号 0466-41-9263 (地域医療連携室直通)

記載日 年 月 日

検査希望日 年 月 日 () 時 分

主訴または傷病名

現在の処方

希望検査に を記載。

・検査の目的
 スクリーニング 経過観察 精査 その他 ()

・検査希望部位

<input type="checkbox"/> 脳 (MRAあり) <input type="checkbox"/> 脳 (MRAなし) <input type="checkbox"/> 脳 (VSRAD) <input type="checkbox"/> 頚椎 <input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> その他 ()
--	--

・禁忌または注意 ※この事項がある場合は検査ができませんことがあります。

心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 人工内耳・中耳 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 妊娠初期・妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 脳動脈瘤クリップ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 頭部VPシャント <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 心臓の人工弁 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	内視鏡時、胃・腸クリップ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 磁石式の入歯 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 体内金属 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 刺青 (アートメイクも含む) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
---	--

・注意 ※検査できない場合や磁場の乱れ等により良好な画質を得られない場合があります。

閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし てんかん <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 重症不整脈 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 義手・義足 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	可動性義眼 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 避妊リング <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 骨折固定金属・人工関節 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 体内に金属が入っている <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
---	--

貴医療機関名	紹介医師氏名
--------	--------

住所	TEL ()
	FAX ()

患者の状況 外来通院中・入院中 (退院予定日: 月 日頃) : 独歩・車椅子・ストレッチャー

フリガナ	性別	生年月日
------	----	------

患者氏名 (旧姓)	男 ・ 女	大正昭和平成令和 年 月 日 (歳)
------------	-------	---------------------

患者住所	TEL ()
------	---------

【その他】

- ①MR I 予約申込書記入後、FAX送信をお願いします。
- ②本紙FAX後、当院より返答がない場合はお手数ですが問合せをお願いします。
- ③当院から「問診票・同意書」をFAXいたしますので、患者・家族にご依頼医より説明をお願いします。
ご依頼医は説明医と患者または家族のサイン・捺印後、「問診票・同意書」を当院へFAXをお願いします。
- ④当院にて受付後、「予約票」をFAXにてお送りしますので、患者さんにお渡しください。

医療法人社団健育会 湘南慶育病院 予約受付時間：平日 9:00~17:00
 〒252-0816 神奈川県藤沢市遠藤4360 TEL 0466-48-0051 FAX 0466-41-9263