

MRI検査申込書 兼 診療情報提供書

紹介元医療機関			
住所・郵便番号	〒		
電話番号	TEL	FAX	
紹介医師		科	氏名

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 () 歳	男・女
患者氏名				
患者住所	〒			体重 kg
TEL	() -	携帯	() -	
柳川病院受診歴	なし	あり		

【予約内容】

検査日	年 月 日 () 午前・午後 時 分			※お電話にて決定された日時	
撮影部位	頭部	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 脳+MRA <input type="checkbox"/> 顎関節 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸部+MRA			
	胸部	<input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 乳房			
	腹部	<input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 腎・副腎 <input type="checkbox"/> 肝ダイナミック <input type="checkbox"/> 肝プリモビスト			
		<input type="checkbox"/> 腹部MRA <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 骨盤部MRA			
脊椎	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎				
撮影方法	<input type="checkbox"/> 単純のみ <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 一任(病名と検査目的から当院で判断させていただきます)				
その他の指示					
病名					
検査目的				同意書	済
	腎機能(造影時)	Cr	BUN	腎不全 【有・無】	
結果①検査データ (CD-R、フィルム) ※選択してください	1. 当日、患者さんにお渡りする。 2. 翌診療日に紹介元医療機関にお届けする。		結果② 読影レポート ※選択してください	1. 当日、紹介元医療機関にFAXする。 2. 翌診療日に紹介元医療機関にお届けする。	

【画像出力】

※紹介元医療機関にお届けは、金曜及び土曜日に検査実施の場合は月曜日になります。

選択してください	フィルム	CD-R
----------	------	------

(点線以下の部分を切り離してお使い下さい)

柳川病院 からのご連絡

様

下記の日時にMRI検査のご予約を承りました。受診の際にはこの用紙を受付にご提示下さい。
検査当日は予約時間30分前には受付を済ませるようにお願い致します。

MRI検査予約: 平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分

* 造影検査の場合 午前中の検査の場合、朝食をとらないでください。
(午後の検査の場合、昼食をとらないでください。)

一般財団法人 医療・介護・教育研究財団 柳川病院 TEL0944-72-6171