

## 【MRI】受託検査申込書

来院時間(当院記入)

時 分

検査希望日	第1希望	令和	年	月	日 (曜日)	AM	PM	放射線科への電話連絡
	第2希望	令和	年	月	日 (曜日)	AM	PM	済・未
フリガナ					性別	生年月日		
患者様氏名					男・女	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)		
住所	〒				TEL ( )			

下記項目のご記入をお願いします。

【撮影部位】 ○で囲み、カッコ内に部位を記入願います。

頭部 ( )	頸部 ( )
胸部 ( )	腹部 ( )
骨盤部 ( )	四肢 ( )
その他 ( )	

【読影】 (有・無) ※画像はCD-Rで提供いたします。

【造影剤】 (有・無)

※有の場合どちらか一方の記入をお願いします

血清クレアチニン : mg/dl (検査日: 年 月 日)

eGFR : mL/min/1.73m<sup>2</sup> (検査日: 年 月 日)

造影剤 有の場合

 造影剤の使用についての説明および同意書 造影検査問診票 をご記入のうえ、当日持参いただくようご案内ください。

【必須項目】 あてはまるものに○またはレ点をしてください。

・心臓ペースメーカー (有・無) ・手術クリップ・ステント (有・無)

・閉所恐怖症 (有・無) ・体内金属・その他 (有・無)

※体内金属…心臓人工弁・プレート・人工骨頭/関節など

【移動方法】 歩行・車椅子・リクライニングチェア・ストレッチャー

紹介元医療機関名	TEL ( ) / FAX ( )	
紹介医師名		

◆お願い◆

検査伝票をご記入いただいている場合、検査申込書とともに事前にFAXをお願いします。

奥州市総合水沢病院

〒023-0053 岩手県奥州市水沢大手町3-1

TEL 0197-25-3833(内線 257)

FAX 0197-25-4012(医療連携室直通)

(R2.09)