

MRI 紹介検査申込書

ドクターランド赤羽へ撮影日時をご連絡 (03-6903-8732) のうえ、確定日時を下記にご記入ください。
すべての記入が完了しましたら、本用紙をFAX (03-6903-8733) にて送信してください。

TEL: 03-6903-8732

FAX: 03-6903-8733

撮影日 令和 年 月 日 ()	ご依頼 医療機関名
撮影時間 :	ご依頼 医療機関住所
ドクターランド赤羽 受診歴 無 ・ 有 (診察券番号)	TEL FAX

患者情報			
フリガナ	氏名 (男 ・ 女)	生年月日	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 歳
患者 移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ()	身長	cm 体重 kg
臨床情報			
検査 目的		病名	
		指示医	
既往	<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> その他 ()		
患者特記事項			
▶▶ ① 下記に該当する方は MRI 検査を行えません			
<input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> ペースメーカー有り <input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ装着 <input type="checkbox"/> シヤントを埋め込んでいる <input type="checkbox"/> タトゥー・刺青を入れている (アイライナー、まゆ墨含む) <input type="checkbox"/> マグネット式インプラント装着 <input type="checkbox"/> 人工中耳、または人工内耳 <input type="checkbox"/> その他、体内に金属が埋め込まれている			
▶▶ ② 下記に該当する方は MRI 検査を行えない可能性があります			
<input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 静止が困難			
撮影部位			
▶▶ 希望部位の <input type="checkbox"/> 内にチェックを入れてください (撮影は1日1部位の単純撮影のみです。造影撮影は行っていません)			
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 肩 (左・右) <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝 (左・右) <input type="checkbox"/> その他 ()			
画像 CD-ROM のお渡し			
<input type="checkbox"/> 読影結果とともに郵送 <input type="checkbox"/> 撮影当日に患者様へお渡し (読影結果は別途ご報告致します)			
患者保険情報			
保険番号		労災	
被保険者証 記号・番号		交通事故	
被保険者氏名	家族・本人	生活保護	
資格取得日	負担割合 割	自費	
公費負担者番号		※上記に該当する場合は、チェックを入れてください	
公費負担医療費の受給者番号			