

(A) MRI 検査依頼書兼診療情報提供書
【画像診断センター】
(MRI 検査申込書)

年 月 日

虎の門病院

FAX 03-3560-7878

MRI 検査担当医 宛

* 必ず FAX 及び TEL 番号 をご記入下さい

〒

所在地

医療機関名

TEL

FAX

医師氏名

①FAX送信前に、電話で予約をお取り下さい

②予約が取れた日時(MRI検査日)をご記入ください

予約日 年 月 日 時 分

③この用紙に必要事項をご記入の上、FAX して下さい
折り返し「検査の注意書き」をFAX いたします

※医療券(難病等)をお持ちの方のみご記入下さい →

当検査の公費適用

(有 ・ 無)

虎の門病院受診歴

(有 ・ 無)

虎の門病院登録番号

-

-

-

フリガナ		生年月日	大・昭 年 月 日	男・女
患者氏名			平・令 (歳)	
住 所		自 宅 TEL		
		勤務先 TEL		

単純MRI検査

★四肢・血管の評価は出来ません
(□1つにチェックして下さい)

☐ 頭部MRI,MRA

☐ 腎・副腎

☐ 下垂体

☐ 骨盤

☐ 内耳道

☐ 頸椎

☐ 頸部

☐ 胸椎

☐ 胸部

☐ 腰椎

☐ 上腹部

体 重 ()kg ※ 必ずご記入下さい

注意項目

- | | |
|----------------------------|-----------------------|
| 1. ペースメーカー装着の有無 (無 ・ 有) | 6. 閉所恐怖症の有無 (無 ・ 有) |
| 2. 外科用クリップの使用の有無 (無 ・ 有) | 7. 呼吸障害の有無 (無 ・ 有) |
| 3. 人工関節の装着の有無 (無 ・ 有) | 8. 意識障害の有無 (無 ・ 有) |
| 4. 義肢の使用の有無 (無 ・ 有) | 9. 妊娠の有無 (無 ・ 有) |
| 5. 人工弁の装着の有無 (無 ・ 有) | 10. その他() |

臨床診断・主訴(必ずご記載ください)

検査目的及び検査・診断に関する希望を必ずご記載ください (病歴・患者背景などもこちらにご記載ください)