

MRI検査申込書(兼診療情報提供書)

※ 診療情報提供書・共通受診申込書は不要です。

医療機関名

医師名先生

TEL ()

FAX ()

(申込先) 函館五稜郭病院 放射線診断・IVR科
(前方連携直通) TEL 0138-51-5699 FAX 0120-515-698

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	(旧姓:)	男・女	大・昭・平・令 年 月 日
患者住所	〒 TEL ()		
保険種類	健保 ・ 労災 ・ 交通事故 ・ 生保 ・ その他()	読影結果・CD-R : 後日郵送 ・ 当日持参	
希望検査日	第1希望 年 月 日 午前・午後	第2希望 年 月 日 午前・午後	

■ 病歴・検査目的

■ 検査部位 (○をお付けください)		■ 検査種類 (○をお付けください)
1. 頭部		a. 単純 b. 単純+造影 c. 造影 ※ 別紙MRI検査チェックリストも併せてFAX送信お願いいたします。
2. 頸部		
3. 胸部	1. 肺 2. 縦隔 3. 大血管 4. 乳房 5. その他	
4. 腹部	1. 胆・肝・膵・脾・腎・副腎 2. 腹部大動脈 3. MRCP 4. その他	
5. 骨盤	1. 子宮 2. 卵巣 3. 膀胱 4. 前立腺 5. その他	
6. 脊椎・脊髄	1. 頸 2. 胸 3. 腰 4. 仙 5. その他	
7. 骨・関節	1. 肩関節 2. 肘関節 3. 手関節 4. 膝関節 5. 股関節 6. その他	
8. その他		

■ 診療および検査予約について

※ 心臓ペースメーカー、材質不明 脳動脈クリップ等は禁忌です。
※ 患者さんの来院日時につきましては、ご予約時にお知らせ致します。
※ 造影検査は午後のみです。
※ 造影検査当日の食事は、軽食、水分摂取は可能です。
単純検査に関しては、飲食制限はありません。
但し、腹部-MRCPの場合のみ、検査前は絶飲食(午前検査の場合は朝食抜きの絶飲食、午後検査の場合は昼食抜きの絶飲食)でお願いします。
※ CD-Rと読影結果は基本的に後日郵送となっております。当日持参の場合は待ち時間がかかります。あらかじめご了承ください。