

高度医療機器利用申込書兼診療情報提供書(MRI)

令和 年 月 日

依頼元病院・診療所名

依頼元医師ご氏名

連絡先 FAX - - TEL - -

●患者様情報

フリガナ		男 ・ の 女 他	大正・昭和・平成・令和
患者様氏名			年 月 日生
患者様電話番号	()		
患者様当院受診歴	中央病院新患・中央病院患者ID()		
検査希望日時	本日・		
病名または疑診名 日本語でお願いします			

○ 頭頸部、下腹部は3.0Tに、胸部、上腹部、脊椎、四肢、小児、妊婦は1.5Tにて撮像を行います。場合によっては変更することもございます。ご了承ください。

●検査依頼目的と臨床所見(必ずご記入ください。)

MRI (単純・単純＋造影) 撮影方法及び部位を○で囲んでください

頭部系	頸部系	胸部系	腹部系		脊椎系	上肢系	下肢系
頭部	頸部	胸部	上腹部	肝EOB	頸椎	肩関節	股関節
頭部血管	頸部血管	乳房	MRCP	下腹部	胸椎	上腕部	大腿部
下垂体	※頸椎ご希望の場合は「脊椎系」⇒よりお選び下さい		腎臓	子宮・卵巣	胸腰椎移行部	肘部	膝関節
眼窩部			副腎	膀胱	腰椎	前腕部	下腿部
副鼻腔			前立腺	精巣	骨盤	手関節	足関節
耳部						手部	足部
頭部VSRAD							
部位詳細							

○ お申し込み受付後、地域連携室より「検査予約票」を返送いたします。到着後、お手数ですが、そちらを患者様へお渡しください。また造影検査の場合は、別途「造影剤投与に関する同意書」もご用意ください。

○ 本申込書により撮影した情報は、当院保有の個人情報となるため、法的提供、カルテ開示等に利用されますのでご注意ください。

●中央病院処理欄

患者ID	使用歴あり・新規	-	-
予約日時	月 日 ()	時	分～
		月	日 受付