

MRI検査予約表 (FAX用)

社会医療法人 緑社会 金田病院

撮影日時	令和 年 月 日 時 分 頃														
紹介医	病院 医院					科・Dr									
フリガナ															
患者氏名	様													男・女	
生年月日	M. T. S. H. R			年			月			日					
電話	自宅					局					—				
	(連絡先)					局					—				
	装置の故障・修理等により撮像できない場合連絡させていただきますのでご記入ください。														
保険証	保険者							記号・番号							
	公費							公費							
	番号							番号							
撮像部位 ○印をお付け下さい。	骨				脊椎				胸部				下腹部		
	股関節 (右・左)				頸椎				胸部縦隔				前立腺		
	膝関節 (右・左)				胸椎				乳房単純				膀胱		
	足関節 (右・左)				腰椎				乳房単純+造影				子宮・卵巣		
	肩関節 (右・左)				骨盤骨								直腸		
	肘関節 (右・左)								腹部						
	手関節 (右・左)								肝臓単純						
	頭部・頸部								肝臓単純+造影						
	頭部単純								膵臓・胆嚢単純+MRCP(膵・胆管非造影)						
	頭部単純+造影								(MRCPは8時間の絶飲食をお願いします。)						
頭部単純+MRA(頭部動脈非造影)								膵臓単純							
副鼻腔								膵臓単純+造影							
眼窩								腎臓単純							
頸部MRA(頸部動脈非造影)								腎臓単純+造影							
甲状腺								腎臓単純+MRU(尿管非造影)							
その他 部位(ご相談ください)															
造影の有無	※喘息を含めたアレルギー歴・重篤な腎障害など、造影剤添付文書に記載の「禁忌」「原則禁忌」に該当する場合は、造影検査を施行できない事がありますので、ご了承ください														
	無 ・ 有														

※ 1つの検査が30分、造影有りで1時間程度かかります。複数の○印はご遠慮下さい。

※ 恐れ入りますが必要事項をご記入の上、FAXにてお送りください。

FAX番号 0867-52-1917

2021.11.1改定