

MRI検査依頼票

増子記念病院 地域医療連携室 FAX (直通) 052-451-1347

依頼票 (太枠内を必ずご記入ください)

※ご不明な点がありましたら、地域医療連携室までご連絡ください。万一、予約確認票が届かない場合はお手数ですがご連絡ください。

医療機関名					
	TEL	FAX			
フリガナ					大正 昭和 平成 令和
患者氏名	男・女	生年月日	年	月	日
住所	〒 -			連絡先	昼間 () - 夜間 () -
検査希望日	①	令和	年	月	日 () 午前・午後
	②	令和	年	月	日 () 午前・午後
	③	令和	年	月	日 () 午前・午後

※希望される検査項目へチェックをお願いします。

	部位	
MRI検査 (単純)	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頭部ルチン(T1・T2・MRA) <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> MRAのみ
	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 耳下腺 <input type="checkbox"/> 顎下腺 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 顎関節 <input type="checkbox"/> 頸部MRA
	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 胸部大血管
	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 胆嚢、膵臓(MRCP) <input type="checkbox"/> MRCPのみ
		<input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 副腎 <input type="checkbox"/> 腹部大血管
		<input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> 膀胱
	<input type="checkbox"/> 脊椎	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎・尾骨
(複数ある場合、 検査日を分けさせ ていただきます)	<input type="checkbox"/> 上肢	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 肘関節
		<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手部・手指部
	<input type="checkbox"/> 下肢	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 大腿部 <input type="checkbox"/> 膝関節
<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 下腿部 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 足部・足指部		
	<input type="checkbox"/> 下肢MRA	
返却方法	画像は当日CD-Rをお渡しします。読影結果は、後日郵送とさせていただきます。	

検査目的

検査目的

予約確認表 (貴院用)

貴院からご紹介いただきました患者様の検査日時が決まりましたので、ご連絡申し上げます。

予約(検査)日時 令和 年 月 日 () 時 分 ~

※予約時間の30分前に受付窓口にお越しください。

※予約確認後、カルテ作成のため、診療情報提供書・保険証・公費医療証の写しをFAXしてください。

増子記念病院 地域医療連携室 TEL 052-451-1305 FAX 052-451-1347

FAXは24時間受付けておりますが、17時以降・休日についてはお返事が翌診療日になる場合がありますので、ご了承ください。