

山形ロイヤル病院放射線科宛 オープン検査依頼票 (MRI)

以下の項目をご記入いただき、放射線科宛てにファックス送信をお願いいたします。

年 月 日

山形ロイヤル病院	医療機関名
放射線科宛	診療科名
FAX番号: 0237-42-3080	住所
(連絡先: 0237-43-8080)	電話番号 ()
	ファックス番号 ()

予約日時	年 月 日 曜日	午前・午後 時 分
ふりがな 患者氏名	(男・女) 昭平令	年 月 日 (歳)
住 所	電話番号 ()	
身 長 cm / 体 重	kg	感染症 (無・有 _____)
山形ロイヤル病院 受診歴 (無・有)	診察券番号	
臨床診断名		
MRI検査依頼		検査目的 (具体的に記入願います)
頭頸部	頭部ルーチン・副鼻腔・顎関節	指示医名
	頭部ルーチン+頸部MRA	
脊椎	頸椎・胸椎・腰椎	
	肺野	
腹部	肝臓・MRCP・腎臓	
	子宮・卵巢・膀胱・前立腺	
骨盤	肩関節(右・左)・膝関節(右・左)	
	股関節(右・左)・足関節(右・左)	

◎患者チェックリスト

- | | | | |
|--|-------|---------|-------|
| ・心臓ペースメーカー | (無・有) | ・閉所恐怖症 | (無・有) |
| ・義眼・入れ歯・インプラント | (無・有) | ・妊娠 | (無・有) |
| ・人工内耳 | (無・有) | ・避妊リング | (無・有) |
| ・体内金属 | | ・てんかん発作 | (無・有) |
| (金属・シャントチューブ・心臓人工弁・ステント・
クランプ・手術クリップ・人工骨頭・関節・プレート類) | | ・入れ墨 | (無・有) |

読影レポート (要 ・ 不要)

画像CD (当日本人へお渡し ・ 後日読影報告書と併せて病院様へお届け)

※ 当日は、保険証をお持ちくださるようお願いします。
※ オープン検査では造影剤を使用することができません。

技師