

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 頭部ルーチン+頸部MRA 頭部ルーチン+VSRAD・甲状腺	指示医名 _____											
脊椎	頸椎・胸椎・腰椎												
胸部	肺野												
腹部	肝臓・MRCP・腎臓												
骨盤	子宮・卵巣・膀胱・前立腺												
関節	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													
<table><tr><td>・心臓ペースメーカー (無・有)</td><td>・閉所恐怖症 (無・有)</td></tr><tr><td>・義眼・入れ歯・インプラント (無・有)</td><td>・妊娠 (無・有)</td></tr><tr><td>・人工内耳 (無・有)</td><td>・避妊リング (無・有)</td></tr><tr><td>・体内金属 (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)</td><td>・てんかん発作 (無・有)</td></tr><tr><td></td><td>・入れ墨 (無・有)</td></tr></table>				・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 (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)	・てんかん発作 (無・有)		・入れ墨 (無・有)
・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 (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)	・てんかん発作 (無・有)												
	・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いたします。 ※ 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										