

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
放射線科 宛
FAX番号：0237-42-3080
(連絡先：0237-43-8080)

医療機関名
診療科名
住所
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) 大昭平 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 頭部ルーチン+頸部MRA 頭部ルーチン+VSRAD ・ 甲状腺		指示医名 <hr/>
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			
<ul style="list-style-type: none"> 心臓ペースメーカー (無・有) 義眼・入れ歯・インプラント (無・有) 人工内耳 (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) 		<ul style="list-style-type: none"> 閉所恐怖症 (無・有) 妊娠 (無・有) 避妊リング (無・有) 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)			
<p>※ 当日は、保険証をお持ちくださるようお願いいたします。</p> <p>※ オープン検査では造影剤を使用することができません。</p>			
			技師