名古屋掖済会病院

FAX 検査予約連絡票

診療情報提供書 **MRI**

所在地
医療機関名
医師氏名
T E L
F A X

記載日 年 月 日

フリガナ	旧姓	生年月日 大・昭・平・令
氏名 (男・女)		年 月 日 (歳)
〒		固定電話 () -
住所		携帯電話 () -

検査希望日時

- 第1希望 年 月 日 AM・PM・どちらでも
- 第2希望 年 月 日 AM・PM・どちらでも
- 第3希望 年 月 日 AM・PM・どちらでも
- 希望日なし 曜日のみ希望 月・火・水・木・金

検査項目

頭(脳)

- 頭部(ルーチンA ^{MRI}/_{MRA})
- 頭部 MRA
- 小脳・脳幹

頭(他)

- 下垂体
- 眼窩
- 上顎・下顎

頸部

- 咽頭
- 喉頭
- 甲状腺

体幹

- 縦隔
- 肺野
- M R C P
- 上腹部
- 肝臓
- 脾臓
- 腎臓

脊椎

- 頸椎
- 胸椎
- 腰椎
- 仙椎

四肢(左・右)

- 肩関節 上腕
- 肘関節 前腕
- 手関節 手部
- 大腿 下腿
- 膝関節 足関節
- 足部

骨盤

- 骨盤
- 婦人科骨盤
- 泌尿器科骨盤
- 股関節

軟部腫瘍

部位:

MRアンギオ(頭部以外)

部位:

確認事項(必須)

ペースメーカー利用 (有・無)

↓
循環器内科へご紹介をお願いします。

体内金属・機器・人工物 (有・無)

- ↓
- 脳動脈瘤クリップ
- 血管内ステント・コイル
- 人工内耳
- 脊髄刺激装置
- 埋め込み型除細動器
- 骨折内固定材
- 髄内釘
- 鋼線・ネジ・ステーブル・プレート
- 補聴器
- 刺青・タトゥ
- 入れ歯(インプラント)
- 妊娠
- 避妊リング
- 気管支喘息
- 胃腸吻合カトリッジクレンメ
- 血糖モニタ(リブレPro等)
- その他()

種類、時期等あれば下記へお願いします

診断名・症状・治療経過など

- 別紙、診療情報提供書参照

医師氏名

- ※ 検査の2営業日前までに FAX 送信下さい。
- ※ 予約受付後「検査予約票」を2枚 FAX にて返信いたしますので、患者様にお渡しください。
- ※ 平日 16 時 50 分以降および土日祝日にお申し込みの場合、翌営業日に返信させていただきます。

名古屋掖済会病院 地域医療支援センター
TEL:052-652-7954

FAX:052-652-7953